安全管理マニュアル

【ポケット版】

第２版

東京医科大学茨城医療センター

安全管理室

エマージェンシーコール

安全管理室

（夜間・休日、平日も同様）

病棟・外来で緊急に患者様への対応が必要な場合

交換台「９」番へ

『コード９９、〇〇病棟・外来』

と、連絡

病棟・外来で非常事態が発生した場合

（例：変質者が侵入した　対応に人手を要する）

交換台「９」番へ

『コード２、〇〇病棟・外来』

と、連絡

平成 16 年 5 月 1 日から実施

【緊急連絡先一覧】

安全管理室

安全管理室長	PHS ：7427	（柳田）
統括安全管理者	PHS ：7164	（日高）
担当事務	PHS ：7272	（小林）

夜間休日は 9（交換）を通して各自の携帯へ

暴力・クレーム対応

総務課　PHS：7372　（工藤）

感染制御部

感染制御部部長	PHS：7530	（小林）
感染症科医師	PHS：7146	（大石）
感染管理認定看護師	PHS：7340	（鈴木）

臨床工学部

平日　ME センター　1284

臨床工学士　PHS：7414　（仲本）

PHS：7577　（土谷）

PHS：7220　（梅園）

夜間・休日 9（交換）で呼び出し

病理部　解剖呼び出し

時間内：病理診断部　内線：1783

時間外：電話交換で、病理診断部医師へ連絡

（依頼医師が病理医へ直接連絡をする）

『安全管理マニュアルポケット版』目次

P.	項　　目
1～6	東京医科大学茨城医療センター安全管理指針
7～9	東京医科大学茨城医療センター　安全管理室運営規則
10～11	東京医科大学茨城医療センター　患者相談窓口規程
12	提案箱・相談窓口等へのご意見のフィードバック体制
13	安全管理に対する病院のコンセプト（方針）
14	危機・安全管理に関する組織体制　東京医科大学茨城医療センター組織図
15	用語の定義
16	提出を義務付けている書類
17	インシデントのレベル評価・分類
18～19	院内における具体的な安全対策
20～21	医療事故発生時の対応
22	口頭指示の取り扱いについて
23	患者の安全確保について
24	無断離院対応フローチャート
25	死亡診断書（死体検案書）と死亡例報告書の流れ
26～27	休日・夜間における死亡診断書（死体検案書）確認マニュアル
28	リストバンド装着による患者確認
29	システム障害時必要書類一覧
30	マルチラベル運用規程
31	医療事故に関与した職員への支援
32～33	院内保安マニュアル（院内出入りに関する取決め）
34	印鑑の管理について
35	診療記録等の開示について
36	転倒・転落防止マニュアル
37	ライン・チューブトラブル防止マニュアル
38	注射マニュアル
39	内服マニュアル
40	麻薬に関するマニュアル
41	薬品管理について
42	色つき注射器使用基準
43	BLS/AED　（一時救命処置）

P.	項　　目
44	院内設置 AED 配備一覧表
45～46	人工呼吸器マニュアル
47	人工呼吸器使用中の対応
48	救急カート統一について
49	救急カート配置一覧表
50～51	酸素療法マニュアル
52	抗菌薬投与に関するマニュアル
53～54	マーキング実施マニュアル
55	マーキングを中心とした手術までの手順　（入院典型例）
56	血液暴露事故後の行動に関する標準フローチャート
57	感染関係（Ⅰ）　感染経路予防対策が必要な疾患・微生物一覧
58	感染関係（Ⅱ）　感染経路予防対策が必要な疾患・微生物一覧
59	感染関係に関するもの（Ⅲ）　院内で感染発生届出が必要な病原体（感染症）
60	感染関係（Ⅳ）　隔離基準：グレード分類とグレード別対応
61	感染関係（Ⅴ）　感染症法による届出
62～65	抗がん剤投与について
66～67	放射線関係（１）・（２）
68～75	東京医科大学茨城医療センターにおける基準 研修医が単独で行ってよい処置・処方の基準
76～77	東京医科大学茨城医療センターにおける基準 注射と処方箋のダブルチェックに関して

○ 東京医科大学茨城医療センター 医療安全管理指針

（医療安全管理のための基本理念）

第 1 条　医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。また、安全な医療の提供は、当院の基本方針の一つであり、東京医科大学茨城医療センター及び職員個人が、医療安全の必要性・重要性を組織、施設、及び自分自身の課題として認識し、医療安全管理体制の確立を図り安全な医療の遂行を徹底することがもっとも重要である。

本指針はこのような考え方のもとに、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と、東京医科大学茨城医療センター全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推し進めることにより医療事故の発生を未然に防ぎ、患者が安心して安全な医療を受けられる、加えて当院職員が安心して安全な医療を提供できる環境を整えることを目標とする。

当院においては病院長のリーダーシップのもと、安全管理室を設置し安全管理室長を中心に、全職員がそれぞれの立場から安全問題に取り組み、患者の安全を確保しつつ質の高い医療を提供していくものとして全職員で積極的な取り組みを要請する。

（組織および体制）

第 2 条　当院の医療安全対策と患者の安全確保を推進するために、本指針に基づき当院に以下の役職および組織等を設置する。

(1)　安全管理室長
(2)　統括安全管理者
(3)　医薬品安全管理責任者
(4)　医療機器安全管理責任者
(5)　医療安全管理委員会
(6)　医療事故防止委員会
(7)　医療の質検証委員会
(8)　医療に係る安全確保を目的とした報告
(9)　医療に係る安全管理のための研修

（安全管理室の設置）

第 3 条　安全管理のための基本理念に則り医療安全管理対策を総合的に企画、実施し、組織横断的に院内の安全管理を担うため、安全管理室を設置する。安全管理室運営規則は別に定める（別添 1）。

（統括安全管理者の配置）

第 4 条　医療安全管理の推進のため、医療安全管理室に統括安全管理者を置く。その詳

細は、安全管理室運営規則の中でこれを定める（別添１）。

（医薬品安全管理責任者の配置）

第 5 条　医薬品に係る安全管理のための体制を確保するために、医薬品安全管理責任者を置く。その詳細は、安全管理室運営規則の中でこれを定める（別添 1）。

（医療機器安全管理責任者の配置）

第 6 条　医療機器の保守点検・安全使用に関する体制を確保するために、医療機器安全管理責任者を置く。その詳細は、安全管理室運営規則の中でこれを定める（別添 1）。

（安全管理委員会の設置）

第 7 条　安全管理に対する基本理念に則り、当院の安全管理に関する最高議決機関として安全管理委員会を設置する。安全管理委員会規程は別に定める（別添 2）。

（危機管理部会の設置）

第 8 条　安全管理に対する基本理念に則り、当院の危機管理に関する最高議決機関として危機管理部会を設置する。危機管理部会規程は別に定める（別添８）。

（医療事故防止委員会の設置）

第 9 条　安全管理室は、医療事故防止の対策指針の作成や、具体的措置を検討するために医療事故防止委員会を設置する。医療事故防止委員会規程は別に定める。（別添３）

（ジエネラルリスクマネージャー、リスクマネージャーの配置）

第 10 条　各部門の医療安全管理の推進に資するため、ジエネラルリスクマネージャー、リスクマネージャーを置く。ジエネラルリスクマネージャー、リスクマネージャーに関しては、医療事故防止委員会規程の中でこれを定める（別添３）。

（職員の責務）

第 11 条　職員は、業務の遂行に当たっては、常日頃から患者への医療・看護等の実施、医療機器の取扱いなどに当たって安全な医療を行うよう細心の注意を払わなければならない。

（インシデント事例の報告および評価方法）

第 12 条

１　報告

院長は、医療安全管理に資するよう、ヒヤリ・ハット事例の報告を促進するための

体制を整備する。インシデントレポートの提出に関しては、医療事故防止委員会規程（別添３）、レポート記載・提出マニュアル（別添４）、インシデント・レポート報告手順（別添５）による。

２　評価方法

インシデントレポート事例について効果的な分析を行い、医療安全管理に資することができるよう、必要に応じて、当該事例の原因、種類および内容等をコード化した分析表（別添６）を活用し、評価分析を行う。

３　インシデント事例集の作成と院内報告

インシデント事例を評価分析し、医療安全管理を資することができるよう、事例集を作成する。事例集については、インシデントレポートに基づき、定期的に事例の追加記載を行い、関係職員への周知をはかる。周知方法は医療事故防止委員会規程（別添３）による。

４　レポートの保管

レポートは匿名化を行った上で 5 年間保管とする。

（医療事故の報告）

第 13 条　医療事故が発生した場合救命措置を最優先することは当然であるが、その報告の手順と対応、院内における報告の方法、患者・家族への対応、事実経過の記録、地方厚生局及び本省への報告に関しては、医療事故発生時の対応要領（別添７）による。

２　医療事故報告書の保管

医療事故報告書については、安全管理室において、同報告書の記載日の翌日から起算して 10 年間保管する。

（医療の質検証のための報告と検証）

第 14 条　医療の質を向上させることが安全対策につながることを鑑み、医療の質検証のために必要なレポートの提出を規定（別添 13）し情報の収集を図るとともに、安全管理室に医療の質検証委員会を置きレポート内容を検証する。特に手術室の透明性を図る事を目的に、手術室で起こった事象がすべて明らかになるように病院への報告体制を徹底する。必要に応じて診療記録や手術画像（第 14 条）を検証し詳細な報告書の提出を求める。医療の質検証委員会の詳細は、安全管理室運営規則（別添 1）の中でこれを定める。

２　各種レポートの保管

有害事象・合併症・感染症 報告書（速報）（別紙様式３）、死亡例報告書（別紙様式８）、事故事例の詳細な報告書（別紙様式 10）、自己調査票（別姓様式 11）ならびに安全管理室で作成した報告書は、安全管理室において、各報告書の記載日の翌日から起算して 10 年間保管する。手術室画像に関しては別に定める。

ハイリスク手術予定報告書（別紙様式９）はこれを廃止する。

（手術室画像収録について）

第15条　医療事故が発生した場合等に手術室内部での出来事を検証し必要とあれば証拠として提出できるよう、手術室で行われるすべての手術に対して入室時から退室時までの状況を可能なかぎり手術室内カメラで収録する。その詳細は、手術室画像収録に関する規程（別添 14）の中でこれを定める。

（医療安全管理のための指針・マニュアルの整備）

第 16 条　安全管理のため、当院において以下の指針・マニュアル（以下「マニュアル等」という）を整備する。

（1）安全管理関連ファイル
（2）安全管理マニュアル
（3）ＭＥ・機器関連ファイル
（4）院内感染対策マニュアル
（5）医薬品使用安全使用マニュアル
（6）輸血
褥創対策マニュアル
その他

２　マニュアル等の作成と見直し

上記のマニュアル等は、関係部署の共通のものとして整備し、関係職員に周知し、必要に応じて見直す。マニュアル等は、作成、改変のつど、医療安全管理委員会に報告する。

３　マニュアル等作成の基本的考え方

マニュアル等の作成は、多くの職員がその作成・検討に関わることを通じて、職場全体に日常診療における危険予知、患者の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識などを高め、広めるという効果が期待される。すべての職員はこの趣旨をよく理解し、マニュアル等の作成に積極的に参加しなくてはならない。

マニュアル等の作成、その他、医療の安全、患者の安全確保に関する議論においては、すべての職員はその職種、資格、職位の上下に関わらず対等な立場で議論し、相互の意見を尊重しなくてはならない。

マニュアル等の作成時に注意しなければならないことは、実効性の乏しい非現実的なマニュアル等を作成しても意味がないということである。記録に係る時間の多さとともに、院内にマニュアルの数は多く、確認手順含め各職種の業務量は非常に多い。全体の勤務時間、マニュアルを遵守するための仕事量・時間を考慮し、実現可能なマニュアル等の作成が重要である。

（医療安全管理のための職員研修）

第 17 条　個々の職員に安全に対する意識、安全業務を遂行するための技能やチームの一

員としての意識の向上等を図り、当院全体の医療安全を向上させるために、医療に係る安全管理のための基本的考え方及び事故防止の具体的な手法等について、全職員に対し以下のとおり研修を行う。

(1) 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする。
(2) 医療に関わる場所において業務に従事するものすべてを対象とする。職員は、研修が実施される際には極力、受講するよう努めなければならない。
(3) 年 2 回程度定期的に開催し、それ以外にも必要に応じて開催する。
(4) 実施内容についてその概要（開催日時、出席者、研修項目等）を記録し、5 年間は保存する。
(5) 業務により参加できなかった職員に対しては研修資料を提示した上で、確認テストを実施し、研修内容の周知徹底を図るとともに、研修資料の回覧とその確認サインを求めることとする。
(6) 医療安全のための研修は、安全管理室長の講演（院内事例報告や院内統計報告）、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会などの方法で行う。

（本指針の周知ならびに見直し、改正）

第 18 条　本指針の内容については、院長、安全管理室長、医療安全管理委員会等を通じて、全職員に周知徹底する

２　医療安全管理委員会は、少なくとも毎年 1 回以上、本指針の見直しを議事として取り上げ検討するものとする。

３　本指針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行う。

（医療安全管理指針の患者等に対する閲覧について）

第 19 条　医療安全管理指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、患者及び家族等から閲覧の求めがあった場合にはこれに応ずるものとする。本指針を患者相談窓口前に備え付け、各患者等が容易に閲覧できるように配慮する。

２　本指針についての照会には統括安全管理者が対応する。

（患者相談窓口の設置）

第 20 条　患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するために、院内に患者相談窓口を常設する。

２　患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者、およびその責任者、対応時間等について患者様に明示する。

３　患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規程を整備する。（別添 15）

４　相談により、患者や家族が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。

５　苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理室に報告し当該施設の安全対策の見直し等に活用する。

○東京医科大学茨城医療センター　安全管理室運営規則

第 1 条　東京医科大学茨城医療センター（以下、「当センター」という）において患者様中心の医療を推進するにあたり、質の高い安全な医療を提供するために、職員個人レベルならびに病院組織レベルの両面から事故防止対策を推し進め、組織横断的に安全管理体制を構築することを目的とした安全管理室を設置する。

第 2 条　安全管理室に安全管理室長を置く。安全管理室長は病院長が委嘱する。任期は 1 年とするが再任を妨げない。

第 3 条

1. 安全管理室は、安全管理室長のもと次に挙げるものをもって構成する。
   （1）　統括安全管理者　　１名
   （2）　医薬品安全管理責任者　　１名
   （3）　医療機器安全管理責任者　１名
   （4）　書記　　１名
   （5）　その他病院長が必要と認めたもの

2. 統括安全管理者は、病院長が委嘱する。任期は 1 年とするが再任を妨げない。
   以下に掲げる基準を満たしていることが必要となる。
   （1）　医師・歯科医師・薬剤師・看護師のうちいずれかの資格を有していること。
   （2）　安全管理に関する必要な知識を有していること。
   （3）　医療に係る安全管理のための以下の委員会構成委員に含まれていること。
   　　安全管理委員会・医療事故防止委員会・防災対策委員会・感染対策委員会
   （4）　医療安全対策の業務に専ら従事していること。

3. 医薬品安全管理責任者は、病院長が推薦しエグゼクテイブミーテイングで承認を得る。任期は 1 年とするが再任を妨げない。
   医師・歯科医師・薬剤師・看護師のうちいずれかの資格を有し、医薬品に関する十分な知識を有していることが必要である。
   医薬品安全管理責任者の業務は、以下に掲げる。
   (1)　医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（別添 16）の作成
   (2)　従業者に対する医薬品の安全使用のための研修
   (3)　医薬品の業務手順に基づく業務の実施
   (4)　医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集や、その他の医薬品安全確保を目的とした改善のための方策の実施

4. 医療機器安全管理責任者は、病院長が推薦しエグゼクテイブミーテイングで承認を得る。任期は 1 年とするが再任を妨げない。
   医師・歯科医師・薬剤師・看護師・診療放射線技師、臨床検査技師または臨床工学技士のうちいずれかの資格を有し、医療機器に関する十分な知識を有していることが必要である。
   医療機器安全管理責任者の業務を以下に掲げ、詳細は医療機器の安全使用のための規則（別添 17）の中でこれを定める。
   (1)　医療機器の安全使用のため、従業者に対して知識および技能の習得または向上を目的として研修を行う

(2) 医療機器の保守点検に関する計画の策定
(3) 医療機器の保守点検の適切な実施および修理
(4) 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集と、その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

5. 書記は安全管理室事務が行う。

第４条 安全管理室において次の業務を行なう。
1. 安全管理委員会で用いられる資料および議事録の作成および保存。
2. 安全管理委員会や事故調査委員会で作成する事故報告書や検証結果報告書の作成および保存。
3. 事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることの確認を行なうとともに、必要な指導を行なうこと。
4. 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況について確認を行なうとともに、必要な指導を行なうこと。
5. 事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに、必要な指導を行なうこと。
6. 医療安全に係る連絡調整に関すること。
7. 医療に係る安全確保を目的とした報告で得られた事例の発生原因、再発防止策の検討および職員への周知
8. すでに策定され実施された改善策が、各部門において確実に実施され、かつ安全対策として有効に機能しているかを点検・評価し、必要に応じて見直しを図るとともに、安全管理委員会で報告する。
9. 院内の医療事故防止活動および医療安全に関する職員研修の企画立案
10. その他医療安全対策の推進に関すること。

第 5 条 統括安全管理者は、安全管理室長のもと病院内全体の安全管理を管理し、以下の業務を行う。
1. インシデントレポートの分析
2. 各部署のリスクマネージャーとの連携
3. 安全管理対策の周知・評価
4. 院内の安全研修に関わること
5. 院内巡視
6. その他

第 6 条 安全管理室は第 4 条 3.4.5 項の業務を確実に遂行するために、安全管理室直轄組織として、医療の質検証委員会（以下「検証委員会」という）を置く。
1. 事故や重篤な合併症の隠蔽を防ぎ、不正行為・違法行為をなくし、医療の質を向上させることを目的とする。
2. 検証委員会委員長は病院長が委嘱する。任期は 1 年とし再任を妨げない。
3. 検証委員会構成員は、安全管理室長のほか、自薦および安全管理室長や検証委員会委員長の推薦により、院長が委嘱する。
4. 検証委員会構成員の診療科は、診療に関する情報をすべてオープンにすることを条件とする。
5. 有害事象・合併症・感染症報告書（速報)、有害事象・合併症報告書（続報)、死亡例報告書、集中治療室からの報告、手術室からの報告など、安全管理室に提出・報告された事例の中で、システム上の検討が今後の当院の医療安全の確立に必要であると判断された事例や、保健所や日本病院機能評価機構への報告が必要と判断した事例、診療科単位あるいは個人単位の医療の質を改めて検証する必要があると判断

した事例は、『事故事例の詳細な報告書』（別紙様式 10）や『自己調査票』（別紙様式 11）の作成を安全管理室から依頼し、集積された情報と診療記録を元に事例の検証を行う。

6. 重要な案件に関しては提出された情報をもとに報告書を作成し安全管理委員会に提出する。
7. 各診療科の事故と合併症の認識の違いを是正していくことも目的の一つである。
8. 委員会で得られた情報は安全管理室で統括し、安全管理委員会で報告する。

○東京医科大学茨城医療センター患者相談窓口規程

（設置）
第１条　東京医科大学茨城医療センター（以下「病院」という。）に医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第９条の 23 第 3 号の規定に基づき、患者相談窓口（以下「窓口」という。）を置く。

（目的）
第 2 条　窓口は、病院における患者等の医療の安全に関する苦情・相談に迅速に対応することを目的とする。

（責任者及び担当者）
第 3 条　医療の安全に関する苦情・相談の責任者は、安全管理室長を充てる。
１．窓口には担当者を置き、相談内容により実際対応する担当者への振り分けを行う。
２．実際対応する担当者は、統括安全管理者、医療ソーシャルワーカー、医事課長、総務課長、事務部長、苦情担当者のいずれかがこれにあたる。

（設置場所）
第 4 条　窓口の設置場所は、外来本館１階入退院ラウンジとする。

（受付時間）
第５条　窓口の受付時間は、平日（月曜日から金曜日）の午前 8 時 30 分から午後 4 時 40 分まで、土曜日は午前 8 時 30 分から午前 11 時 40 分までとする。
ただし、次に掲げる日については、受付業務は行わないものとする。
・国民の祝日等に関する法律（昭和 23 年法律第 178 号）に規定する休日
・大学創立記念日（毎年 4 月 13 日）
・年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日まで）
・第２・４週の土曜日

（相談後の取扱い）
第 6 条　患者等から苦情・相談を受けた場合の取り扱いについては、次の各号に掲げるとおりとする。
（１）担当者は、別に定める報告書（様式 13）に相談内容等を記載し、安全管理室に紙ベースで報告する。
（２）安全管理室は、報告を受けた相談内容について精査診療部門、看護部門、事務部門、検査部門、その他に分類し、幹部会議又は朝の危機管理会議時に報告する。

（３）幹部会議又は朝の危機管理会議の意向を受け、安全管理室は患者サービス検討委員会に対応を願うものを抽出。患者サービス検討委員会で対応困難な内容に関しては、各部門の責任者に書面でフードバックを依頼する。前号により依頼を受けた診療科等は、迅速にその解決にあたるものとし、その処理状況を責任者に報告するものとする。

（６）各部門・患者サービス検討委員会は、改善項目、対応方法等を、安全管理室に紙ベースで報告する。安全管理室は、医療事故再発防止等に有効と判断する相談事例については病院内に周知徹底し、病院の運営改善に積極的に活用するものとする。

注）幹部会構成メンバー

院長、副院長、総医局長、卒後センター長、事務部長、総務課長

（相談情報の秘密保護）

第 7 条　責任者及び担当者は、職務上知りえた相談内容等の情報については、関係者以外の者に漏らしてはならない。

（不利益を受けない配慮）

第８条　責任者は、窓口相談をした患者等が不利益を受けないように適切な配慮をしなければならない。

（事務）

第９条　窓口業務に関する事務は、医療福祉室において処理する。

（雑則）

第 10 条　この内規に定めるもののほか、窓口業務の運営に関して必要な事項は別に定める。

平成 23 年 9 月 5 日

提案箱・相談窓口等へのご意見のフィードバック体制

安全管理室

提案箱等への苦情、ご意見等は、すべて速やかに安全管理室に集め分類し、以下の手順により関係各部署へ周知する。改善点等、対応方法を安全管理室に報告し、安全管理室が関係各部署へ周知する。総務課が院内掲示等、ご意見を頂いた方へのフィードバックを行う。

提案箱、電話、患者相談窓口、外来受付、医事課等々へのご意見、クレーム等は、全て安全管理室へ速やかに紙ベースで報告する。

安全管理室　はこれらを分類
診療部門、看護部門、事務部門、検査部門、その他
幹部会 or 朝の危機管理部会に報告

幹部会 or 朝の危機管理部会　は
サービス検討委員会に対応願うものを抽出
診療部門に関しては、各診療科長に書面でフィードバック

各部門・委員会　は、
改善項目、対応方法等を、安全管理室に紙ベースで報告

医療事故再発防止・病院の運営改善への取組み

有効な対策、有効な相談事例は院内に周知徹底

安全管理に対する病院のコンセプト（方針）

＊せめの安全管理＊

・事故や重篤な合併症の隠蔽を防ぎ、不正行為・違法行為を無くし、医療の質を向上させる
・ダメージコントロールはスピードがすべて！

１）医療事故防止のポイント

個人の自助努力	事例の評価・分析
マニュアル作成と見直し	安全管理体制の確立

⇩

医療事故を防止し
安全で適切な医療を提供

【安全管理室管轄の委員会・会議】

安全管理委員会（毎月）
委員長：松崎靖司病院長

危機管理朝礼（毎朝）

（メンバー）
・院長　・副院長　・事務部長
・総医局長　・総務課長
・技師局長　・看護部長
・その他

事故調査委員会（不定期）

安全管理室

安全管理室長　：柳田国夫
統括安全管理者：日高晴美（専任リスクマネジャー）
担当事務　　：小林宏至

医薬品安全管理責任者：
薬剤部　高橋利幸

医療機器安全管理責任者：
臨床工学部　梅園直樹

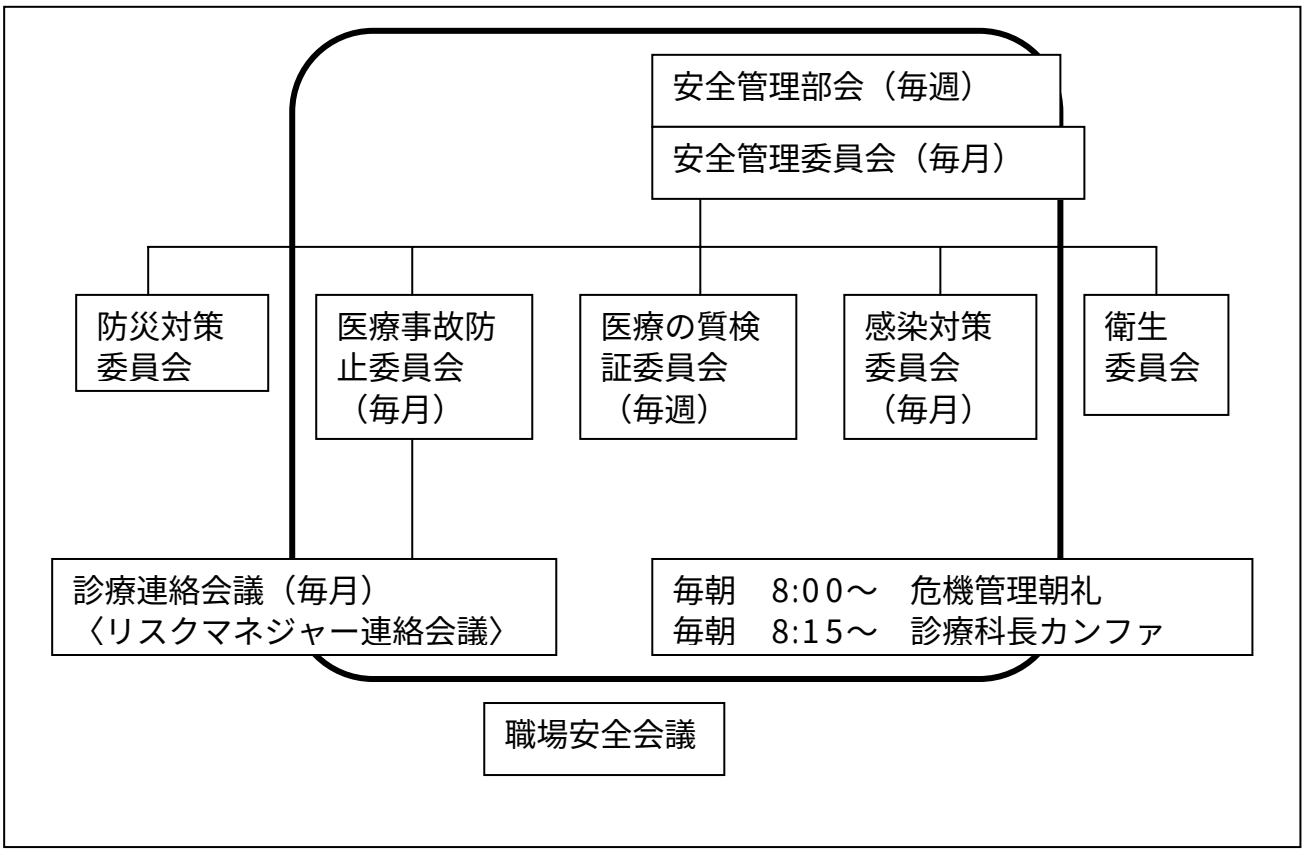
医療の質検証委員会（毎週）
委員長：斉藤誠教授

医療事故防止委員会（毎月）
委員長：安全管理室長　柳田国夫

＊転倒・転落事故防止対策検討チーム
リーダー：放射線部　宮内技師長

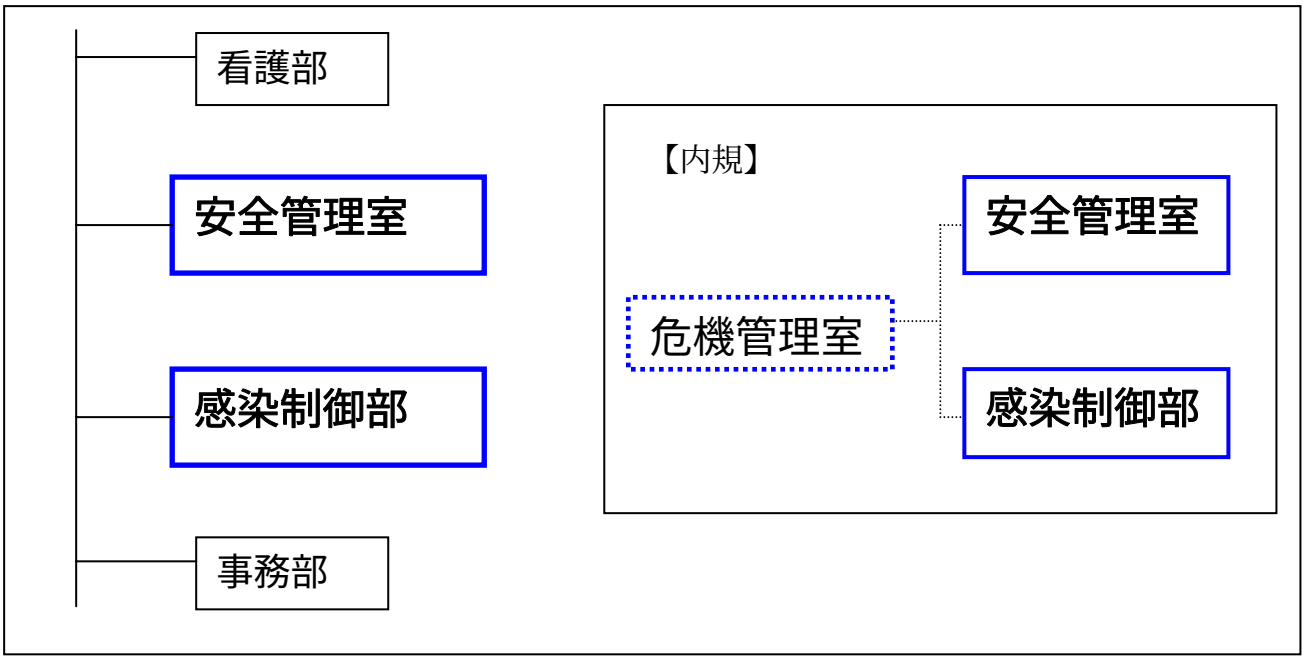
＊内服・注射事故防止対策検討チーム
リーダー：薬剤部　高橋部長

《危機・安全管理に関する会議の組織体制》



《東京医科大学茨城医療センター組織図》

危機管理室の役割



《用語の定義》

＊報告に関するレーポートは、
全てインシデントとする

以下に示す内容を全てインシデントと意味づける
ただし、内容でインシデントのレベル評価を分類する。
＊《インシデントのレベル評価・分類》を参照

・未然に防げた場合

・もし患者に実施されたら被害が予測される行為

・患者に実施されたが被害がなかった場合

・間違いが実施され患者に影響があった場合

・患者が死亡若しくは患者に障害が残った場合
あるいは濃厚な処置や治療を要した場合

・警鐘的意義が大きいと考えられる事例

医療過誤

→病院や、医療者に過失がある場合

《提出を義務付けている書類》

＊重大な医療事故の発生を予防するため

・インシデント報告

平成 19 年 4 月よりイントラでの報告開始

ただし、詳細な状況を確認する場合・安全管理室が必要とした場合書面での提出をお願いする

・患者状況報告書
（〇〇の視点）

＊医療の質検証のため

・有害事象・合併症・感染症報告書（速報）

・死亡例報告書

＊手術室の透明性確保のため

・集中治療室入室報告書

・中央手術部手術実施報告書

《インシデントのレベル評価・分類》

リスクレベル

《リスクレベル　Incident：０～３ａ、Accident：３ｂ～５》

０	間違った行為が発生したが、未実施
１	間違った行為による実害なし ※何らかの影響を与えた可能性は否定できない
２	処置・治療は行わなかったが、観察強化が必要 ※バイタルサインの軽度変化、安全確認の為の検査等を施行
３ａ	簡単な処置や治療を要した ※消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与等 　チューブ類の再挿入、造影剤を伴わないレントゲン撮影
３ｂ	濃厚な処置や治療を要した ※バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来・入院患者の骨折等を含む
４ａ	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
４ｂ	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問を伴う
５	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）
その他（分類不能）	

国立大学附属病院安全管理協議会「インシデントの影響分類」をもとに改変

管理レベル

１	システム改革・具体的対策は必要なく、自助努力の範囲で改善可能
２	緊急性はないが、システム改革・具体的対策を要する
３	早急（緊急）なシステム改革・具体的対策を要する

《院内における具体的な安全対策》

＊基本的な対策＊
ダブルチェックの徹底
指さし呼称の徹底

＊患者誤認を防止する＊
・ フルネームでの確認
・リストバンドの着用（入院中）＊必ずカルテで確認！

＊情報伝達エラーを防止する＊
・ オーダーミスの防止
・手書き内服処方の記載方法
『1 日量全量を記載し，それを何回かに分けて服用するのかその指示を記載』する
「×３」の表現は禁止！…注射の場合も使用禁止
・指示の出し方、受け方について　＊誰が見てもわかる指示内容にすること

＊検査・手術時の確認＊
・金属のチェックを忘れない
・義歯の確認（取り忘れが無いように！）
・MRI 検査時は，医療者側の金属チェックを怠らないこと

＊院内時計あわせ＊
・電波時計で時刻を合わせる　＊医療の現場では正確な時間が要求される

＊三方活栓の操作＊
・三方活栓のコックの向き…必ず OFF にする

＊三方活栓の使用用途＊
・血管内投与用と処置（血管外）用の三方活栓は区別する
処置（血管外）用には“ 赤コックの三方活栓 ”を使用する

＊経管栄養チューブ挿入の安全確保＊
・栄養剤流入前後の観察
胃泡音の確認は誤認が多く，信頼できる方法とはいえない
・チューブ挿入は医師が行なう
・挿入確認の最終方法は、レントゲン撮影にて確認する

＊隔壁未開通防止の対策＊

・隔壁開通行為を必ず行なう

＊ＭＥ 機器の電源＊

・一般電源で、ＭＥ 機器の電源を確保しない

＊ＭＥ 機器は、必ず非常電源を使用

電源について：赤の差込口⇒無停電・緑の差込口⇒自家発電・白の差込口⇒一般

＊職場安全会議＊

・月１回行う　　現場での安全対策の構築

＊検体提出のある検査＊

・伝票が記載され、記入されているかを確認する
・検査時の役割分担を決める
・検体提出まで責任を持つ
・検体紛失、患者誤認防止に努める

＊挿管チューブの固定＊

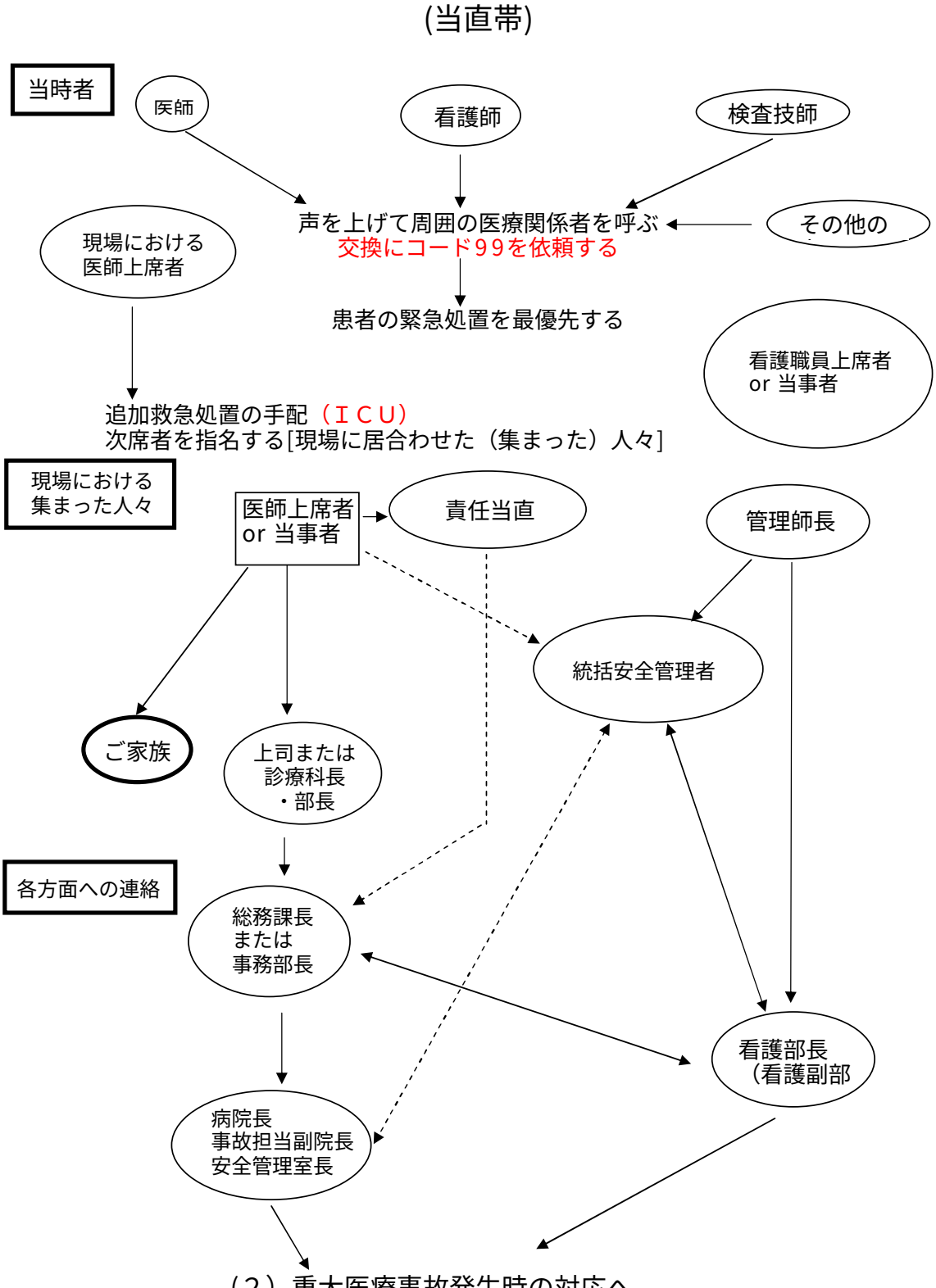
・挿管時のチューブ固定は、原則医師が行う
・挿管後、チューブの口角移動に関しても原則医師が行う

＊酸素ボンベの残量確認＊

・酸素ボンベ使用時は、必ず酸素残量が確認できるカードがついているボンベを使用すること

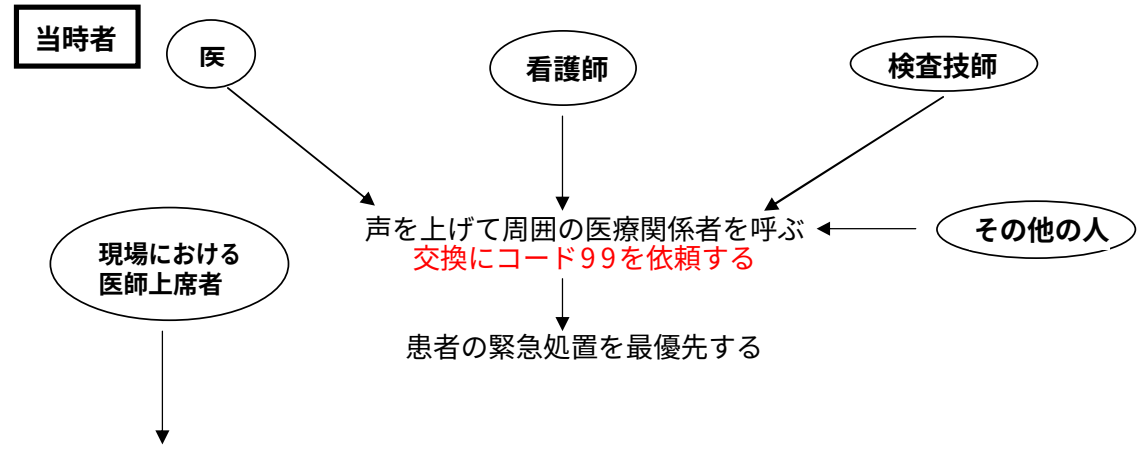
医療事故発生時の対応

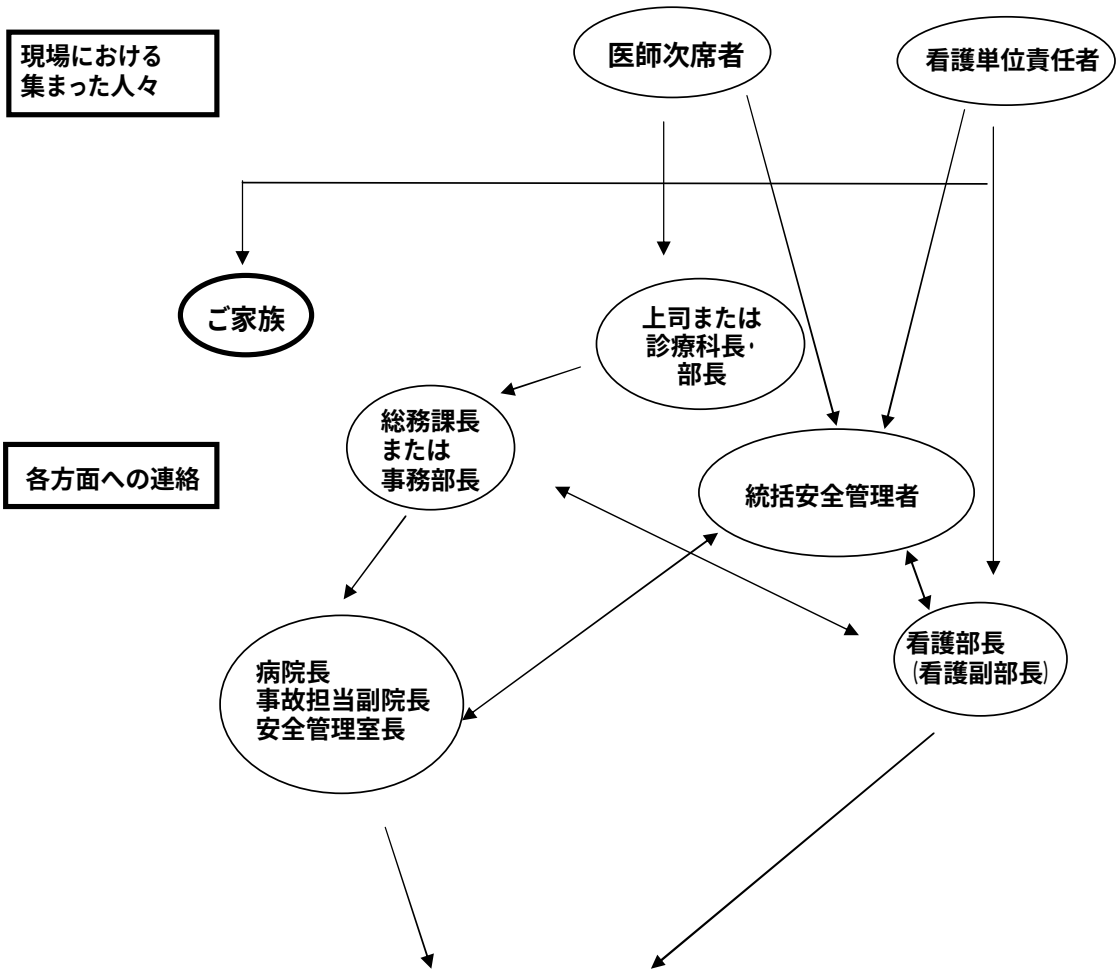
病院として早急な対応が必要であると考えられる医療事故



（２）重大医療事故発生時の対応へ

(通常勤務帯)





（２）重大医療事故発生時の対応へ

口頭指示の取り扱いについて

安全管理委員会

口頭指示とは・・・緊急時・夜間・手術中・処置中など、医師が現場にいないことからオーダー入力や指示書への記載ができないため、止むを得ず電話にて口頭で行う指示のこと

当院では、原則的に口頭指示は認められていない。

安全管理委員会では、『口頭指示は認めない』という大原則を確認した上で、現場の安全対策上、止むを得ずそれぞれの職制における口頭指示の出し方、受け方につきその詳細を規定したので厳守すること。

（電話口頭指示受け用紙を使用すること）

口頭指示受けの詳細

医　師

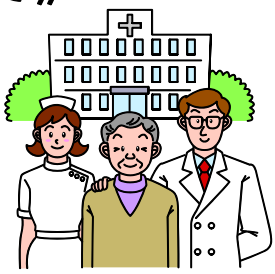
① 口頭指示の理由を告げる。（例：緊急手術・手術中・夜間・検査中・処置中等）
　フルネームをいえない場合は、患者様を特定できる情報を必ず付け加える。
② 口頭指示内容を伝える。
　薬剤の場合は、「患者名」「投与薬剤名」「投与指示量（mg）」「投与薬液量（ml）」」「投与方法」「投与時間」を指示する。
③ 書き取ってもらった指示内容を読み上げてもらい再確認する。
④ 後ほど指示書に記載された口頭指示内容を再確認し署名をする。

看 護 師

① 口頭指示の理由を聞き、記載する
② 口頭指示内容を聞き、指示書に記載する。指示受けした時間と指示を出した医師の氏名、指示受けした自分の名前も記録する。
③ 記録した内容を読み上げる。
　薬剤の場合は、「患者名」「投与薬剤名」「投与指示量（mg）」「投与薬液量（ml）」」「投与方法」「投与時間」を復唱し、復唱確認の欄をチェックする。
　最後に、指示を受けた時間と看護師本人の名前を告げる。
　口頭指示を受けた後、指示内容に不明な点があれば、もう一度聞きなおすか他の医師、看護師に確認して疑問点を解消する。
④ 口頭指示実施者は、指示書に実施時間と実施者名を記載する。
⑤ 後ほど医師来棟時に指示書の指示医欄に署名してもらう

平成 16 年 6 月 14 日より実施

《患者の安全確保について》



【目的】
＊ 患者誤認を防止する
＊ 部位の間違いを防止する
＊ 検体の取り違いを防止する
＊ 伝達間違いを防止する

上記の目的にて、安全確保の項目を下記にまとめる。各部署は、下記の項目からさらに具体的な安全確保の手順を作成し、患者の安全確保に努める。

1） 患者誤認防止について
・患者確認のために、フルネームでの確認を徹底する
・名乗れる患者には、フルネームで名乗っていただきカルテ類と照合する
・リストバンドでの確認を行う
・同姓同名の場合は、最新の注意を払い確認する

2） 部位間違い防止について
・手術・検査にて部位を指示する場合は「左」・「右」の記載以外に「R」・「L」にて記載をする。
・患者にも、手術部位・検査部位を確認し指示伝票類と照合する。
・手書きの伝票・指示の場合はわかりやすい文字で記載する。
・皮膚ペン（マジック）を用いて、部位を明示する。その際、患者自身とも同時に確認する。

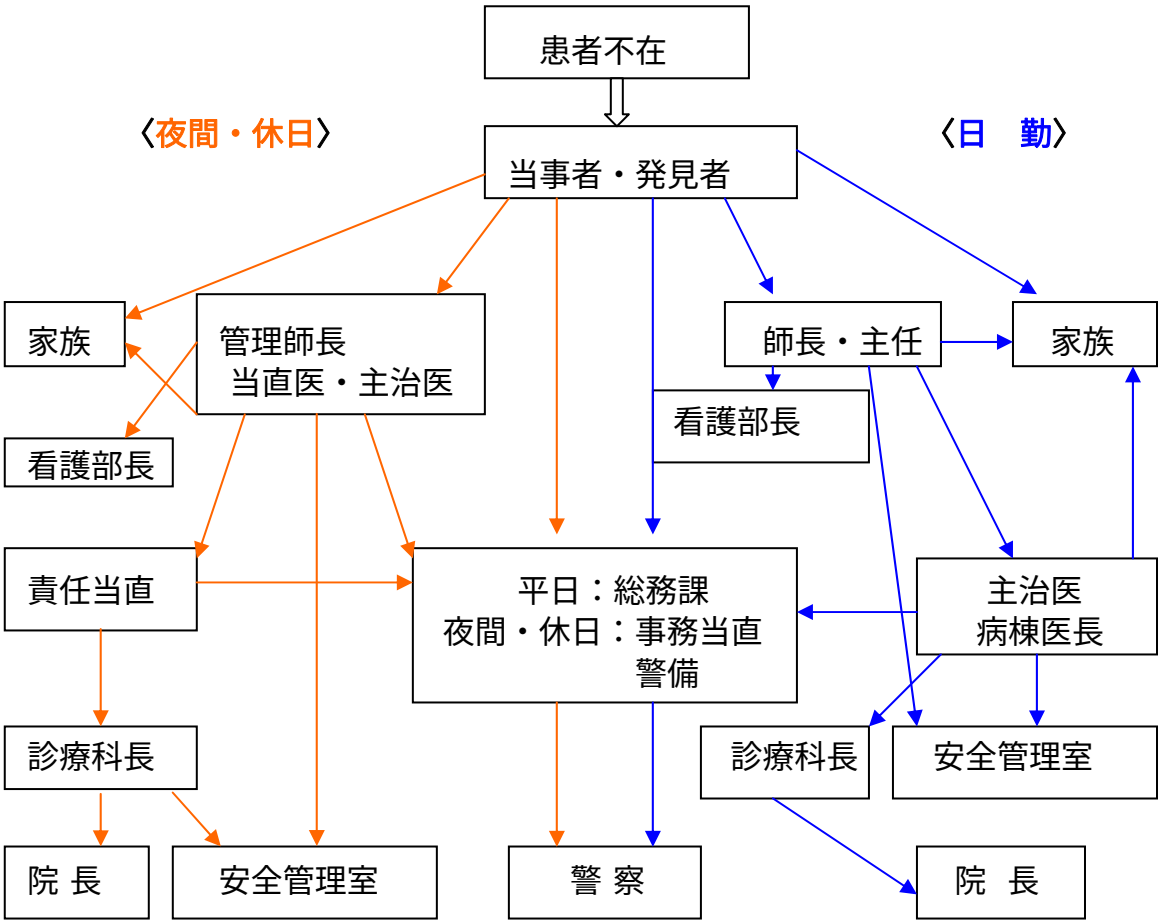
3） 検体取り違え防止について
・ダブルチェックを必ず行い提出する
・どこの部位の、何の検体かを実施者に確認し、容器等に表示する。
・原則、実施した医師と検体をダブルチェックし、検体提出時は伝票ともダブルチェックし提出する。
・迅速で検査を必要とする場合は、特に注意を払い確認を徹底する。

4） 情報伝達防止について
・指示カードの活用
・オーダー入力の祭は、画面がオーダーする患者の画面になっていることを確認。
・オーダー入力できない場合や、臨時・緊急を要する場合は指示カードを活用。
・患者氏名を確認し指示内容を理解し指示受けを行う。指示内容が理解できない場合は、医師に確認する。「おかしい」と思う指示に関しては、医師に戻す。
・原則、口頭指示は受けない。

安全管理室

無断離院対応フローチャート

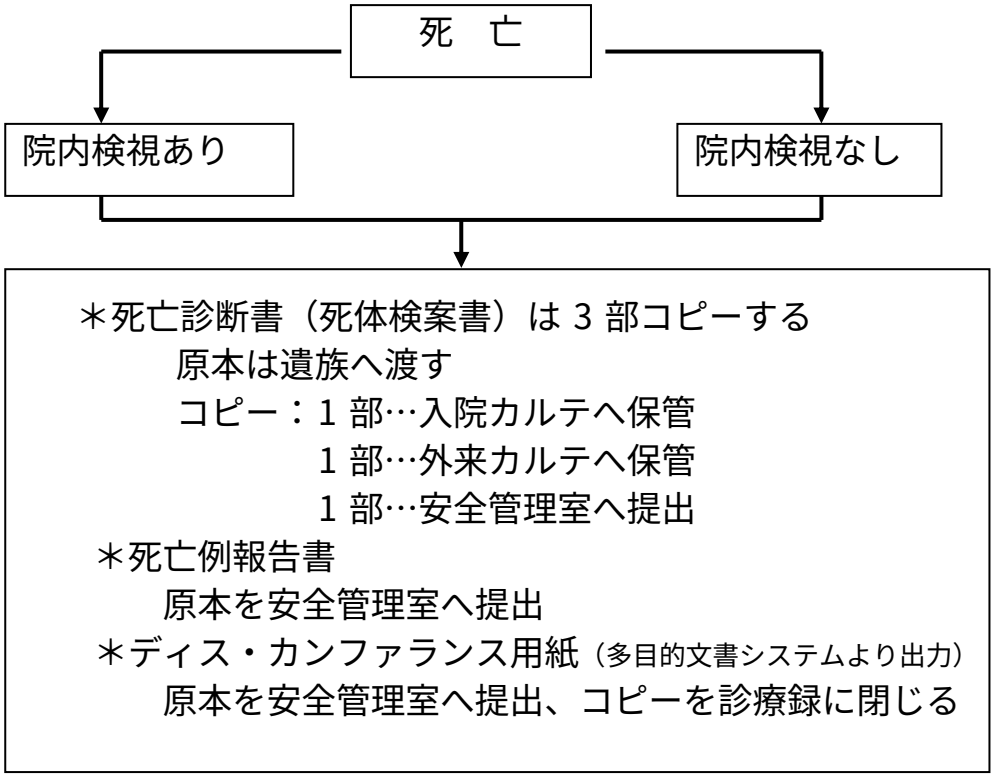
安全管理室



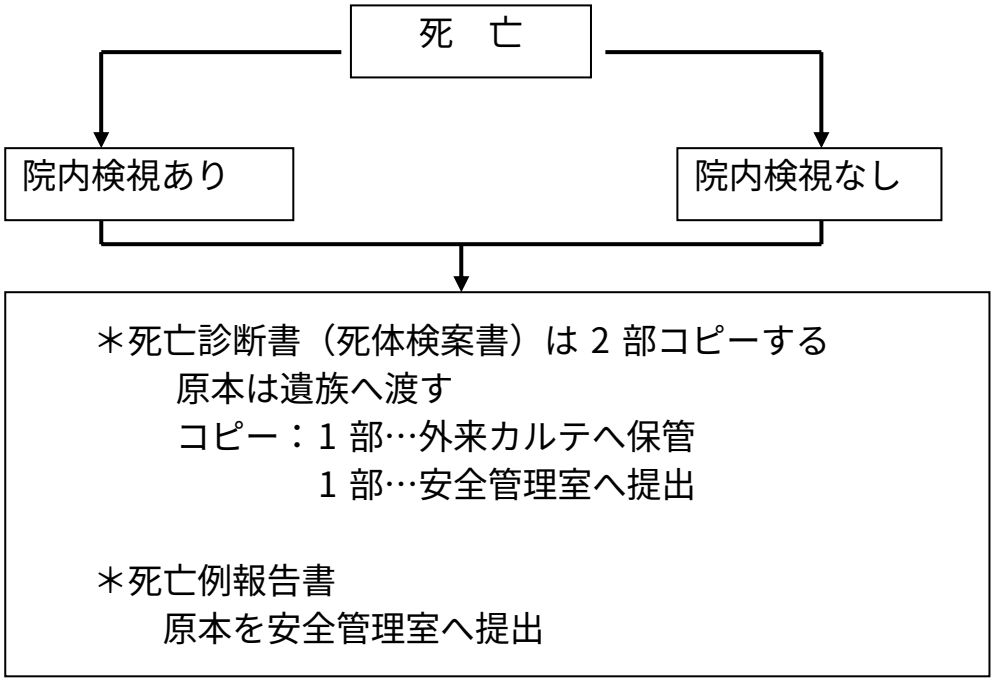
1.患者の所在が確認できなかった場合は，速やかに病棟及び院内を捜索する
2.院内捜索で 30 分以上確認できなかった場合は，上記フローチャートに従って対応する（但し、報告する程度はその時の状況に応じ対応する）
3.総務課・事務当直・警備に連絡(病棟名・患者名・性別・年令・特徴・衣類等・患者最終確認時間)し，捜索の協力を得る
4.家族・知人に連絡し，捜索の協力を得る
発見した場合は病院へ連絡を依頼する
5.記録は前後の状況を詳細に記録する
6.主治医・当直医は必要時，診療科長に連絡する
7.患者を発見できなかった場合は主治医(当直医)の判断により，警察署へ届出を行なう

死亡診断書（死体検案書）と死亡例報告書の流れ

１．入院の場合



２．外来の場合



平成19年6月14日一部改定

休日・夜間における死亡診断書（死体検案書）確認マニュアル

安全管理室

［病棟場合・・・］

病棟より事務当直に連絡
（内線7420）
※連絡が取れない場合には
内線1428

⇨

事務当直者は連絡のあった
病棟に行き診断書の確認

⇨

確認後、医師又は
看護師に渡し、家族へ

状況に応じて事務も診断書を
家族へ渡す場合もある

［救急外来場合・・・］

救急外来より事務当直に連絡
（内線7420）
※連絡が取れない場合には
内線1428

⇨

事務当直者は連絡のあった
救急外来に行き診断書の確認

⇨

確認後、医師又は
看護師に渡し、家族へ

状況に応じて事務も診断書
を家族へ渡す場合もある

- 死亡診断書・死体検案書のどちらの書類作成かを確認……①
  （作成書類外の方には2重線を書く・・・4箇所）.....a.b.c.d
- 氏名・性別・生年月日はカルテ参照し確認後、家族・保険証で最終確認……②③④
- 「死亡したとき」・・・再度確認。24Hでの記載は不可……⑤
  （例：　×・・・20時15分　　○・・・午後　8時15分）
- 死亡したところ種別・・・　1.病院に○が記入されているか確認……⑥
- 死亡の原因・・・必ず記入されているか確認……⑧
- 死因の種類・・・必ず1つ○が記入されているか確認……⑨
- 一番下の段・・・診断書年月日・本診断書発行年月日の記入を確認……⑩
- 医師名は本人の自筆であること、また印鑑が押してあることを確認……⑩
- 読めない文字や、わかりづらい文字での記載になっていないかを確認
- ⑦と⑩に病院名・住所の印が押してあることを確認

＊上記に不備や不明な点があった場合は、医師及び看護師に訂正を依頼する

事務当直は確認後、看護師へ確認が済んだ連絡をする。看護師は最終確認を家族と行い診断書を家族へ渡して下さい。
（会計については別紙を添えて事務当直が説明すること。状況に応じて事務当直が診断書を家族に渡す場合もある。）

【備考】

※　死亡診断書の場合￥7，350　（2通目以降は￥3，150で各診療科外来で依頼していただく）
　　死体検案書の場合 ￥10，500（2通目以降は ￥5，250で各診療科外来で依頼していただく）
　　（警察が死体検案書のコピーを持参する場合、コストは発生しない　平成19年5月14日～）

※　病棟での死亡した場合の会計
　　入院中の請求は後日約1週間後に医事課入院係より連絡が自宅に入る

※　救急外来での死亡した場合の会計
　　外来時の請求は翌日には発行済（1週間後ぐらいに医事課外来係より連絡が自宅に入る）

※　病理解剖が発生した場合は、別紙の「病理解剖時のマニュアル」参照。
　　解剖を行なった場合には謝礼金￥10，000が出るため家族へ謝礼金を渡し帰宅していただく

★平日（日勤）での死亡診断書（死体検案書）の確認は、マニュアルに沿って病棟医事課が行なう

平成19年2月9日より開始

平成19年4月23日　安全管理委員会にて承認

① 死亡診断書 ~~(死体検案書)~~ ⓐ

この死亡診断書（死体検案書）は，我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かい書で，できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

② 氏名		③ 1 男 2 女	④ 生年月日 明治 昭和 大正 平成 年 月 日 生れてから30日以内に死亡したときは生れた時刻も書いてください 午前 午後 時 分
⑤ 死亡したとき	平成 年 月 日 午前・午後 時 分		
⑥(12) 死亡したところ及びその種別(13)	死亡したところの種別	1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 7 その他	
	死亡したところ	番地 番 号	
	(死亡したところの種別1~5) ⑦ 施設の名称		

⑧ 死亡の原因

※Ⅰ欄，Ⅱ欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全・呼吸不全等は書かないでください

※Ⅰ欄では，最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順番で書いてください

※Ⅰ欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください

ただし，欄が不足する場合は(Ⅰ)欄に残りを医学的因果関係の順番で書いてください

(14)

Ⅰ	(ア) 直接死因		発病(発症)又は受傷から死亡までの期間
	(イ) (ア)の原因	1ヶ所以上記入	
	(ウ) (イ)の原因		
	(エ) (ウ)の原因		
Ⅱ	直接には死因に関係しないがⅠ欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等		

※年，月，日等の単位で書いてください ただし，1日未満の場合は，時，分等の単位で書いてください (例：1年3ヶ月，5時間20分)

手術	1 無 2 有	部位及び主要所見	手術年月日 平成 昭和 年 月 日
解剖	1 無 2 有	主要所見	

⑨ (15) 死因の種類

1 病死及び自然死

外因死 不慮の外因死 { 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙，火災及び火焔による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 }

その他及び不詳の外因死 (9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因)

12 不詳の死

(16) 外因死の追加事項

※伝聞又は推定情報の場合でも書いてください

傷害が発生したとき	平成 昭和 年 月 日 午前 午後 時 分	傷害が発生したところ	都道府県 市郡区町村
傷害が発生したところの種別	1 住居 2 工場及び建築現場 3 道路 4 その他 ( )		
手段及び状況			

(17) 生後1年未満で病死した場合の追加事項

出生時の体重 グラム	単胎・多胎の別 1 単胎 2 多胎 (子中第 子)	妊娠週数 満 週
妊娠・分娩時における母体の状態又は異状 1 無 2 有 ( ) 3 不詳	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日	前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る)

(18) その他特に付言すべきことがら

(10) 上記のとおり診断 ~~(検案)~~ する

ⓑ ⓒ ⓓ 診断 ~~(検案)~~ 年月日 平成 年 月 日

本診断書 ~~(検案書)~~ 発行年月日 平成 年 月 日

(19) 病院，診療所若しくは老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所

東京医科大学茨城医療センター 番地

茨城県稲敷郡阿見町中央三丁目20番1号 番 号

(氏名) 医師 印

- 生年月日が不詳の場合は，推定年齢をカッコを付して書いてください。
- 夜の12時は「午前0時」，昼の12時は「午後0時」と書いてください。 注意!!
- 「老人ホーム」は，養護老人ホーム，特別養護老人ホーム，軽費老人ホームをいいます。
- 傷病名等は，日本語で書いてください。
  Ⅰ欄では，各傷病について発病の型（例：急性），病因（例：病原体名）部位（例：胃噴門部がん）性状（例：病理組織型）等もできるだけ書いてください。
- 妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」，また，分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。
  産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。
- Ⅰ欄及びⅡ欄に関係した手術について，術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。
- 「2 交通事故」は事故発生からの期間にかかわらず，その事故による死亡が該当します。
  「5 煙，火災及び火焔による傷害」は，火災による一酸化炭素中毒，窒息等も含まれます。
- 「1 住居」とは住宅，庭等をいい，老人ホーム等の居住施設は含まれません。
- 傷害がどういう状況で起こったかを具体的に書いてください。
- 妊娠週数は，最終月経，基礎体温，超音波計測等により推定し，できるだけ正確に書いてください。
  母子健康手帳等を参考に書いてください。
- 両方記載する

リストバンド装着による患者確認

１目的

患者に「リストバンド」を装着して頂き、患者誤認による医療過誤を防止する。

２確認方法

１）患者本人あるいは家族に氏名をフルネームで名乗っていただき、さらに医療者が氏名をフルネームで復唱する。(患者にフルネームで名乗っていただく前に、医療者は始めに自分の氏名をフルネームで名乗る)

２）リストバンドによる確認

（１）バンド装着対象患者　：入院患者全員、外来における処置・検査・手術の患者

（２）バンド装着期間　　入院患者：入院時から退院まで
　　外来患者：処置・検査・手術前から帰宅まで

（３）バンドへの記載者　：　看護師

（４）バンドへの記載内容　（油性ペンにて記載する）

①病棟名・診療科名(外来名)

②氏名（漢字で書き、カタカナでふりがなをする）

③ID

④年齢

（５）バンド装着部位　：　手首または足首。支障のある場合は他の部位。(原則的には、右手首)

（６）バンドの活用方法

①患者・家族に「リストバンド装着のお願い」の用紙を用いて説明する

②手術・検査・処置時には患者に氏名を名乗っていただき、リストバンドにて確認し再度患者の氏名を声に出して確認するす。

③部署外で行なわれる手術・検査・処置は、部署から送り出す前に②を行い、受け手は受けた直後に②を行なう。

（７）注意事項

①外出・外泊にて外した場合は、帰院時装着用のバンドを作成しておき、帰院後は必ず装着する。

②バンド装着部位が手術・検査・処置時に支障がある場合は一旦切り、新しいバンドを支障の無い部位へ再装着する。

③血液型バンドを用いる場合（輸血時・輸血を必要とされる手術時）は、国際カラーコードに基づいたものを使用する　　（血液型バンドへの記載はエンボス対応可とする）

Ａ型：黄　　Ｂ型：白　　Ｏ型：青　　ＡＢ型：赤

④防水性のため、装着したままでの入浴・洗面にさしつかえはない。湿疹・かぶれを起こす危険性も少ないとされているが、患者の皮膚の状態観察も行なう。

安全管理室

平成 19 年 7 月 1 日から実施する

病歴委員会
安全管理委員会

システム障害時必要書類一覧

各病棟の書類引出 41 番には以下のシステム障害時必要な書類を整備すること。

１．システム障害時必要書類一覧（この書面）
２．伝票類
・システムダウンジ会計表
・細菌依頼伝票
・生理機能依頼伝票
３．システム障害時対応マニュアル

◯システム障害時に必要な伝票は以下のとおり

１．システムダウンジ会計表		
２，細菌依頼伝票		41 番引出
３，生理機能依頼伝票		
４，黄伝	放射線関係	2 番引出
５，院外処方箋	薬剤（内服、外用等）	外来端末プリンター
院内臨時処方箋	薬剤（内服、外用等）	39 番引出
６，赤伝	薬剤（注射）	2 番引出
７，臨時食事箋		
8，血液ガス酸塩基平衡検査依頼書		33 番引出
（血液ガスに関しては、通常も伝票運用）		

尚、システム障害時、外来処方せん院内用は、従来通りコストカードに内に直接記入してください。

但し、システム障害時、院外処方を希望する患者がいた場合、救命室の外来処方せん院内用に必要事項を記入して発行してください。

マルチラベル運用規程

安全管理室

１．マルチラベルとは

マルチラベルによって、氏名等がわからなくても、オーダリングがストップしていたとしても、医事コンによる ID 決定に時間がかかるような場合にも、ID を即座に入手でき、伝票類、検体類等も同一の ID として処理することが可能になる。

２．マルチラベルの使用基準

マルチラベルは、患者氏名がわからないときや ID をきめることができない場合に、患者検体等の誤認防止のために利用するものである。具体的には、以下の場合にマルチラベルを運用することとする。

① 救急外来で、氏名等患者情報が不明の場合
② 地震等の大規模災害時に救急外来患者が一度に多数来院した場合
③ 停電時等、医事システムが使用不可の場合で、初診患者並びにエンボスカードを持参していない患者

３．マルチラベル使用開始の決定

上記①、②の場合：日勤帯は救急医療部責任者が医事課受付と相談の上、夜間・休日帯は責任当直医師、医事課受付、管理師長が相談の上マルチラベル使用開始を決定する。

上記③の場合：日勤帯は事務部長または医事課長が、医療情報室と相談の上、夜間・休日帯は責任当直医師、医事課受付、管理師長が相談の上マルチラベル使用開始を決定する。

４．使用方法

シートの中で一番大きなシールを患者本人に貼り付け（資料２）、他のシールは必要なものすべてに貼付する。診療録（資料３）や、各種伝票類 [X 線依頼のための黄伝、血液ガス酸塩基平衡検査会計表（資料４）、処方せん（救命室用外来処方箋院外用）（資料５）、外来基本カード（資料６）、輸血申込書（資料７）]、複写があるものはすべてのものに、検体にもそのまま貼付する（資料８）。

②の緊急災害時には、トリアージタッグにも貼付する（資料９）。

５．マルチラベル ID の使用終了

氏名等患者情報が判明してから、あるいはシステムの復旧後、最初の平日 13：00 まで、年末年始等で休日が続く場合は医事課にて日程等を調整し定めた日の 13：00 まではマルチラベル ID を利用することとする。

≪患者情報の確認と ID 登録≫

患者情報の確認と ID の登録は医事課が行う。

新患患者の場合：マルチラベル ID がそのまま患者 ID になる。

再診の場合は：既存の ID が正規 ID であり、マルチラベル ID は破棄される。

≪マルチラベルの利用開始≫

平成 17 年 9 月 1 日（木曜日）12 時以降可能

安全管理室

医療事故に関与した職員への支援

安全管理室

1）事故の当事者は，自責の念にかられまた周囲の反応による影響もあり，精神的に混乱状態に陥る可能性が大きい為、所属部署及び当センターとして充分な配慮を行なう。

2）事故当事者へのサポート

＊安全管理室及び所属長が中心となり下記のサポートを行う＊

・病院幹部（センター長・副センター長・看護部長・技師局長・事務部長）によるサポート：

状況を把握し、センターとしての方針・対策を決める。また、当事者への勤務配置を検討し決定する

・弁護士によるサポート：

顧問弁護士との対応を設定する。顧問弁護士と対応することで今後の見通しが持てる。また，法的なアドバイスを受けることができる。

・事故の共有：

体験を受け止め，チームとして対応・サポートができる。

・カウンセリング：

精神科医等の専門家によるカウンセリングの機会を作り，不安の軽減を図る。

・勤務配置：

心身の緊張を緩和できる勤務配慮をする。事故直後は現場から離すことも考慮する。（1 人にはしないこと）

・家族への連絡：

当事者の家族へ情況を伝えサポート面での協力を得る。センター職員と家族との情報共有を密にすることで、当事者及び家族へのサポートにもつながる。

サポートを充分に行ない，退職に至る事態を避ける。

3）裁判時の支援を行う　⇒　病院幹部と安全管理室

・顧問弁護士によるアドバイス（弁護士の選任に対しても）

・常に事実が述べられるよう記録を管理者と共に確認する

・必要時は，身分保障の交渉を病院長に行なう

4）　当該部署へのサポート　⇒　病院幹部と安全管理室

当該部署が落ち着いて業務が行なえるように組織として対応する。

・当該部署への応援体制：再発防止と業務停滞防止を図る為，応援体制により業務支援を行なう

・提出書類の作成支援

・現場検証，事情聴取対応への支援

院内保安マニュアル

（院内出入りに関する取決め）

１．院内出入口の制限

安全管理の一環として、院内出入口に制限を設ける。

１）入院患者の出入

・病院敷地外に出るときは、主治医から外出・外泊許可を提出し許可を受けるものとする。

・院内敷地や入院病棟外へ出るときは、病棟看護師に行き先・戻り時間を告げ許可を受けるものとする。

・原則的に、19 時～翌朝 6 時までの間は外出禁止とする

２）面会

・面会者は、面会時間帯に警備室へ申し出、受付簿に必要な事項を記入のうえ首から面会者専用ストラップを提げ院内に立ち入るものとする。

・面会者は、面会終了後速やかに院外へ出るものとする。

・19:00～翌 15:00(土曜 13:00)までの間に面会を希望するものは、主治医又は病棟責任者に確認し許可を受けるものとする。

・受付は、通常時間内(8:30～16:40)は医事課入院ラウンジ、時間外は警備室にて行う。

３）付添・待機

・主治医、担当医又は病棟責任者が付添許可を与えた患者家族等に対し『家族付添許可申請書』を渡し必要事項を記入後病棟ナースステーションまで提出してもらう。看護師は申請書を病棟に保管し、申請書より「家族付添許可証」（青枠の部分）を切り取りストラップにいれて付添者に渡す。その時に返却時の説明も行う。付添者はそのストラップを首からさげて院内に立ち入るものとする。

４）透析患者(夜間帯)

・ 夜間帯の透析患者様は、病院が指定された出入口より出入りするものとする。
なお、出入口には電子錠が施錠されているため、あらかじめ渡された患者 IC ｶｰﾄﾞにより解錠し出入りするものとする。

５）職員(夜間帯)

・19 時～翌 6 時までの夜間帯は、指定された通用口(4 箇所)より IC ｶｰﾄﾞを使用して出入りするものとする。

６）施設共同利用の医療関係者

・施設共同利用の医療関係者は院内立入許可願を医療連携室に提出し、許可を受けるまではむやみに出入りすることは出来ない。

・病院より許可を受けた者は、身分を明らかになる名札を付けるものとする。

・必要があって夜間帯(19 時～翌 6 時)に出入りする者は、IC ｶｰﾄﾞを申請し発行を受けものとする。

７）他の業者等

・病院内に出入りする業者等は、院内立入許可願を総務課に提出し、許可を受けるまではむやみに出入りすることは出来ない。

・病院より許可を受けた者は、身分を明らかにする名札を付けるものとする。
・必要があって夜間帯(19 時～翌 6 時)に出入りする者は、IC ｶｰﾄﾞを申請し発行を受けるか職員等が同行して院内に立ち入るものとする。

２．防犯設備（防犯用監視カメラ・緊急通報システム等）

１）防犯カメラ

・院内数か所に防犯カメラを設置し、中央監視室で監視するとともに、映像を記録に残す。映像は約 1 週間保管される。
・来院及び入院患者へ、防犯カメラの設置並びに監視、映像の保存について院内に掲示する。

２）緊急通報システム

・ER センターには、茨城県警察牛久警察署への直通ホットラインを設置する。

３．院内からの退去（警察への通報）

患者並びに職員等の安全が脅かされる状況が発生した場合、その原因となる方に院内からの退去をお願いし、この場合警察への通報も速やかに考慮する。

下記のような状況が発生した場合、警備員が駆け付け対応すると共に警察へ通報する旨を院内に掲示する。

① 職員および当院を利用されている方への直接的な暴力行為、恫喝、威嚇、脅迫または大声を出すなどの周囲に迷惑を及ぼす行為
② 院内の機器類の無断使用、持ち出しまたは器物破損行為
③ 泥酔での来院または院内での飲酒行為
④ 病院敷地内での喫煙行為
⑤ 理由のない長時間の在院
⑥ その他、明らかな診療妨害・迷惑または危険と思われる行為

印鑑の管理について

当センターでの印鑑の使用・管理について
《押印の責任について》
　１、印鑑は各自の責任において管理すること
　２、押印には、当然ながら本人が責任を持つこと
　　委譲して（代理人）押印してもらっても、責任は本人にある

《注意事項》
　一括に集め、誰もが勝手に使用できるような状況は作らないこと

《解　説》
印を押す（印が押してある）ということは・・・
　『本人又は代理人の意志に基づいて押された』ということ

民事訴訟法で以下のように記載されている。
私文書に「本人又はその代理人の署名又は押印があるとき、その文章は真正に成立したものと推定されると定める。（民事訴訟法 228 条４項）」
これは、「成立の真正」と呼ばれて文書の名義が真正であることを意味し、内容が真正であることを意味する「内容の真正」とは区別される。
つまり、内容は本物かわからないが、その契約は成立したと推測されるという意味になる。

すなわち、『印を押す』という行為は、了解の証明であり、確かに受け取りました・承知しました・間違いありません　ということを示します。
印鑑は個人が管理するべきものであり、押印をするという行為には責任がともないます。代理人が押印する場合も同様です。
印鑑を押すという行為の重さ『印鑑の重さ』について、各自理解しましょう。

安全管理室

診療記録等の開示について

（診療記録等開示について）

東京医科大学茨城医療センターにおいて、診療記録自体やその複写物等を患者より提供のご希望がある場合は下記の要領にて対応。尚、開示等を求める理由を聞く必要はない。但し、診療録に記載された情報は、患者個人の情報であり原則的に患者ご本人以外への情報開示は行っていない。また、病状や治療方針等について、詳しい説明を希望される場合は、診療録開示によらず、診療時間外にて時間を取らせていただくため、担当医師、看護師、または、総務課へ相談となる。

（診療記録等開示のお申込先）

・担当医師、看護師、総務課、患者相談窓口へ申し出る。

（受付時間：総務課、患者相談窓口）

平日（月曜日～金曜日）	午前 8 時 30 分～16 時 40 分まで
土曜日（第 1・3・5）	午前 8 時 30 分～11 時 40 分まで

（開示に必要な資格と書類）

基本的に患者ご本人による申請。

ただし、代理人による申請が可能だが、その際は、下記の証明証が必要となるため、開示請求の際に用意していただく。

申請者（本人）の場合	①運転免許証、②健康保険の被保険者証のいずれか
法定代理人の場合	①運転免許証、②健康保険の被保険者証のいずれかと戸籍謄本 ※患者様ご本人よりの委任状が必要な場合があります。

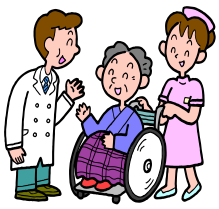
（開示に必要な費用）

開示に伴う費用は、請求者の実費負担となる。

費用については、下記をご参照。

診療録等	1 枚　　10 円	送付の場合は、振込となります。
フイルム	1 枚　1,050 円	
捜査関係事項照会書等	開示者に請求	

（総務課・安全管理室：平成 22 年 10 月 1 日　改訂）



転倒・転落防止マニュアル

転倒・転落事故対策検討チーム
安全管理室

①転倒・転落フローチャートの活用について

＊「転倒・転落防止フローチャート使用マニュアル」を参照し実施する

・入院患者全員に行なう　　但し，就学前の小児は除く

・標準予防対策は転倒リスクが無い場合でも実施する

②病室、ベッドの種類・位置・柵・補助具の選定について

＊使用前に安全性を点検する

ベッドの高さ・柵の位置・ベッドのストッパー

車椅子のブレーキ・タイヤのエアー

病室の環境

③入院時の対応について

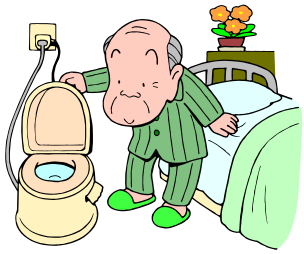
＊オリエンテーション

「絵でわかる転倒・転落の事故発生の原因」のパンフレットを用い患者の身体状況・理解度に沿って行なう

＊ベッド・補助具の正しい使用方法を説明し、必要時はデモンストレーションを行なう

特に乳幼児の場合は、保護者へ直接指導を行なう

④入院中の対応について



＊処置後・ケア後の周囲環境を確認する

＊履物について説明・確認をする

＊ベッド周囲の環境整備に心がける

＊患者の状態把握に努める

⑤事故対策器具について

＊離床センサーの活用　（うーご君・あゆみちゃん・すわっ太君）

＊緩衝マット・フィットネスマットの活用

事故対策

1）患者アセスメントを行い、状況に適した離床センサーを使用する

2）車椅子乗車時、必要ならば安全帯を使用する

3）勤務室内で患者観察する場合は、周囲の環境にも充分配慮する

4）ベッド柵の使用方法にも、充分考慮する

ベッド柵は、身体拘束にはならない。しかし、ベッド柵を固定することは身体拘束とみなす。

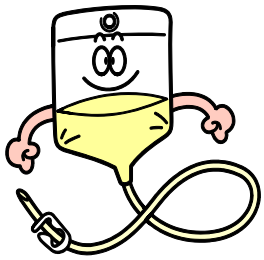
『**安全帯を使用する場合、**
必要性が説明され身体拘束の同意書があるか確認し行なうこと』

ライン・チューブトラブル防止マニュアル

安全管理室

【目的の理解】

1）患者様が現状認知できる場合
　　治療に協力していただく為，わかりやすく説明し協力を得る
2）患者様が現状認知できない（困難）な場合
　　身体拘束の基準にて対応する
　＊生命及び身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合＊
　　人工呼吸器・気管(切開)チューブ・中心静脈ライン・動脈ライン
　　術後各種ドレーン・治療目的のドレーンの抜去を予防する為に
　　状況が回避するまで身体拘束の必要性を充分説明し実施する



【ラインの整理と点検】

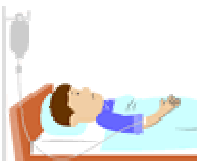
3）周囲の環境を整える
　　ライン・チューブの長さ，固定方法を工夫する
　　重要な(生命に関与する)ライン・チューブ類の固定は医師と共に行なう
4）ライン・チューブの点検
　　ラインは，元から元までを点検
　　複数類のラインが留置されている場合は，時間をかけて充分に確認すること
　　接続部・固定の長さを点検
　　三方活栓は必ず OFF にする
　　処置用（血管外）の三方活栓は赤コックの三方活栓を使用する
5）麻痺側には，点滴ラインを留置しない

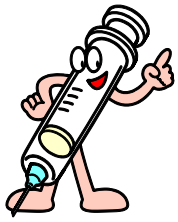
＊ライン・チューブの知識を高める

＊早急に抜去可能なライン・チューブか、常に医師と検討する

＊尿道カテーテル留置について
　男性の尿道カテーテル留置は、原則的に医師が行う
　導尿に関して、疾患や病状・病態など状況に応じ医師に相談すること

安全管理室だより　第 27 号配布





注射マニュアル

内服・注射事故対策検討チーム
安全管理室

① 注射準備時

注射指示書にて
- 患者氏名・薬品名・単位
- 指示量・注射方法・本数
- 日付の確認

＊ ダブルチェック

② 注射実施直前

施行前に施行者が
- 患者名・薬品名・単位
- 指示量・注射方法・本数
- 日付の確認

＊ ダブルチェック

＊同室で２名以上の注射を
行う場合は１人ずつﾄﾚｲ
にて持参する

＊準備中他の業務が重なった場合
ｵｰﾊﾞｰﾃｰﾌﾞﾙの上などに注射を
置かない

他の看護師が間違って刺す可能性がある為

特に緊急指示を受けた場合、準備と実施は同一看護師が行うようにしましょう

③ 注射実施時

本人であることを確認し実施

＊ ダブルチェック

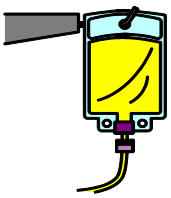
患者の姓名を声出し確認
ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞでも確認する

〈確認項目〉

■ 点滴速度　■リストバンド確認
■ ルートの確認　■ベッドネーム確認
■ 接続部の確認　■点滴ボトル確認
■ スタンドの高さ

同姓同名に注意!!

名前が言える患者様には
ﾌﾙﾈｰﾑで名乗っていただく



④ 注射施行時

・ 気分不快・発赤・腫脹などの観察・確認

⑤ 指示書へのサイン

実施者が行う

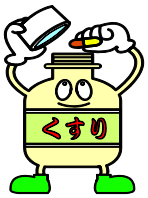
⑥ 記録　診療録･フローチャートへの記録を行う

＊薬品管理については、別紙参照

＊血液浄化療法におけるラインは必ずロック付とする＊

動/静脈アクセス部・抗凝固薬注入ライン・圧力モニターライン・浄化器の血液側接続部は全てロック可能な接続とすること

＊微量注入器を使用し薬剤投与する場合は、
ロック付のシリンジを必ず使用すること＊



内服マニュアル

内服・注射事故対策検討チーム
安全管理室

① 与薬準備時

処方箋にて

・ 患者名・薬剤名・投薬量
・ 与薬日・与薬時間
・ 与薬方法の確認

＊ダブルチェック

二人で確認できない時は，患者の姓名を声出し確認。更にリストバンドでも確認。名前が言える患者様にはフルネームで名乗っていただく。

② 与薬実施時

本人であることを確認し与薬

＊実施時は，ダブルチェックが困難である為薬袋・リストバンド・フルネームでの確認を充分行い間違いのないようにする

同姓同名に注意!!

③ 正しく与薬しているか確認

服用を確認し，確認表にサイン

自分で飲めない患者には介助し，確実に服薬しましょう。

実施者が行なう

口から飲めず，経管で注入する場合には
黄色の注射器（カテーテルチップ）を使用し注入しましょう。

④ 気分不快などの副作用の確認

副作用に関して不明な点は
薬剤師に説明を受けましょう。

残薬は必ず本人（家族）へ返すか，薬剤部にて破棄してもらいましょう。**＊一般ゴミ等に破棄してはいけません!!**

＊「持参薬の確認・持参薬服用」には，持参薬チェック表を用いること＊

＊自己管理についての判断基準＊

内服理由・薬名・服用方法・服用時の注意を理解しており確実に服用できること
（しかし，治療時の問題等あることから必ず医師に確認をすること）

麻薬に関するマニュアル

内服・注射事故防止対策チーム
安全管理室

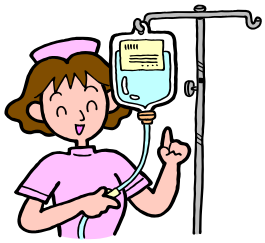
保管

1）麻薬は**麻薬金庫に保管**する
麻薬金庫には、麻薬以外のものを入れないこと!!
＊麻薬金庫の鍵は病棟責任者（病棟師長）が管理すること。

麻薬処方箋の確認

入院中は手書きの処方箋が必要（内服：ピンクの処方箋　　注射：黄色の処方箋）
麻薬取扱者番号を持っている医師しか処方は出来ない

2）指示内容に誤りがないか確認
・患者氏名・薬品名・数量
・指示量・投与方法・日付の確認
＊ダブルチェック



麻薬の受領

麻薬の受領は，看護師・医師が行なう

3）受領時は，薬剤師（麻薬取扱者）と確認を行なう
・患者氏名・薬品名・数量
・指示量・投与方法・日付の確認
＊ダブルチェック

4）受領後は，常に麻薬金庫内で保管

実施

5）本人であることを確認し実施　　同姓同名に注意!!
＊ダブルチェック　　リストバンドでも確認し，名前が言える
患者様にはフルネームで名乗っていただく

記録

6）実施した，時間・量を正確に記録する

返納

麻薬の返納は，看護師・医師が行なう

7）麻薬処方箋と残薬を照合し，返納理由と数の記載を確認
薬剤師（麻薬取扱者）に直接手渡しで返納する
＊ダブルチェック
注射薬の返納について：空アンプルも必ず返納する
注射器内や点滴内に混入された場合は，そのまま返納する

《注意事項》・印鑑の管理について
麻薬処方箋に必要な印鑑は医師各自か責任を持って管理すること。
一箇所に集め誰もが使用できるような状況を作らないこと！

薬品管理について

① 常に定位置を守る

② 劇薬は同じ配列とする

毒薬　…　白地に黒枠黒字

劇薬　…　白地に赤枠赤字

＊救急カート・冷所保管の薬剤も表示する

③ 薬剤の表示

＊麻薬に関するマニュアル参照

④ 麻薬は、麻薬金庫に保管する

⑤ 毒薬・向精神薬は、鍵のかかる場所に保管する

⑥ 類似した薬品は、保管場所を区別し表示の工夫をする

⑦ 注射薬と外用薬の保管場所は区別する

⑧ 薬剤管理表に基づき、麻薬・毒薬・向精神薬の定数を確認しチェックする

安全管理室

色つき注射器使用基準

安全管理室

【目的】

用途に応じて注射器を区別し、医療事故防止に努める

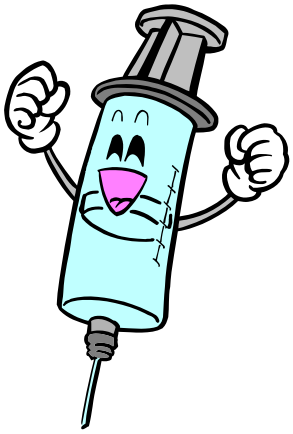
【種類】

３種類の注射器を使用
内筒が、白・赤・黄　の注射器を示す

【用途】

白色（通常の注射器）の注射器を使用する場合

①注射のみに使用
静脈注射・筋肉注射・皮下注射・皮内注射
採血
点滴調剤時も使用する



黄色の注射器を使用する場合

①内服注入時
②経管栄養

赤色の注射器を使用する場合

①洗浄・吸引･･･（例）体腔内、創、胃内、膀胱、直腸、膣
洗浄時の薬液注入も含む
②注入・散布･･･（例）体腔内、創、胃内、膣等
③吸　　入･･･（例）ネプライザー
④軽量・計測･･･（例）ドレーン類からの廃液量等
⑤そ の 他･････（例）カニューレの air 確認
バルンカテーテル留置時の固定水準備等

【場所】

注射器は、それぞれ色分けし他の注射器と区別して保管する

BLS/AED　（一次救命処置）

安全管理室

◆ STEP１：意識はあるか？

意識がなければ→人を呼ぶ　院内緊急コール（**コード 99**）と AED
気道の確保　：　頭部後屈あご先挙上

◆ STEP２：呼吸はあるか？（胸を見て、呼吸音を聞いて、頬で息を感じて）

呼吸していない→２回人工呼吸（胸の上がる程度：１回１秒かけて）
（感染防御具がなければ省略も可）

◆ STEP３：循環はあるか？

循環のサイン　：　頚動脈が触れるか
（医療従事者）
なければ　：　心臓マッサージ 100 回/分以上のテンポ
心マ 30 回＋人工呼吸２回（2 分間）を繰り返す

◆ STEP４：AED 到着

意識なし・呼吸なし・脈なしの時は
AED を装着し AED の指示に従う＊

＊AED 使用後は、管理担当病棟・部署にて備品の補充と清掃
ME センターへの連絡を行なう
＊AED 使用後は、安全管理室へ連絡し書類を提出

BLS：一次救命処置
AED：体外式自動除細動機

AED の設置場所及び管理部署は別紙参照

院内設置 AED 配備一覧表

No.	設置場所	備　考	責任部署
K001	正面受付付近	外来 1 階スペース、総合待合室	外来担当師長
K002	内視鏡室付近	外来 2 階スペース	
K003	中央放射線科受付付近	地下及び 1 階の放射線関連部署、1 階透析室	透析室
K004	医療福祉研修センター	福祉センター	福祉センター
K005	中央・南連絡通路 2 階	中央 2 階、南 2 階、透析室 2 階	中央 2 階
K006	中央・南連絡通路 3 階	中央 3 階	中央 3 階
K007	東 5 階エレベーター付近	東 5 階	東 5 階
K008	中央下通路	放射線	放射線部
K009	本館 B 側連絡通路	B 棟	本館 B 棟
K010	東 4 階エレベーター付近	東 4 階	東 4 階
K011	東 6 階エレベーター付近	東 6 階	東 6 階
K012	南 3 階廊下	南 3 階、南 4 階	南 3 階
K013	本館 A 側連絡通路	A 棟	本館 A 棟
K014	中央 4 階廊下	中央 4 階	中央 4 階

※責任部署のリスクマネージャーを中心に管理

平成 19 年 7 月 18 日現在

人工呼吸器マニュアル

臨床工学部
安全管理室

装着前

看護師	医師	臨床工学技士
機器貸し出し室より人工呼吸器を借りる	人工呼吸器装着の指示	人工呼吸器を届ける＊
設定指示の確認	具体的な換気設定などを設定指示用紙に記入	
医師と共に始業点検を行う（始業点検表）	看護師と共に始業点検を行う（始業点検表）	始業点検の立ち会い＊

装着後

看護師	医師	臨床工学技士
人工呼吸器を装着	人工呼吸器を装着	
医師と共に装着後の確認を行う（装着後確認表）	看護師と共に装着後の確認を行う（装着後確認表）	装着後確認の立ち会い＊
各勤務交代時、アラーム発生時、ケア・処置後などの時には　人工呼吸器の動作確認を行う（人工呼吸器動作確認表）	必要に応じ、人工呼吸器の動作確認を行う（人工呼吸器動作確認表）	人工呼吸器使用状況をチェックする（使用状況チェックリスト）
【設定の変更】 医師からの設定変更の指示を、指示表にて確認する。	設定指示変更があれば設定指示用紙に記入し看護師に申し送る	
設定を変更する 人工呼吸器の動作確認を行う（人工呼吸器動作確認表）	設定を変更する 人工呼吸器の動作確認を行う（人工呼吸器動作確認表）	

【回路交換】 回路交換の必要があれば臨床工学部に連絡する。 回路交換の介助 人工呼吸器の動作確認を行う（人工呼吸器動作確認表）	 回路交換の介助 人工呼吸器の動作確認を行う（人工呼吸器動作確認表）	 最低 2 人（ME2 人、もしくは ME1 人と医師または看護師 1 人）で回路交換を行う 人工呼吸器使用状況をチェックする（使用状況チェックリスト）

離脱後

看護師	医師	臨床工学技士
人工呼吸器、加温加湿器、ネブライザなどの電源を切る 口元などが汚染されないように保護しておく 感染症の有無を人工呼吸器に添付後、ME センターに返却	人工呼吸器再使用の有無を判断	所定の方法に従い人工呼吸器の消毒、回路の滅菌 回路の組み立て 点検（機種別始業点検チェックリスト） 機器貸し出し室に搬入

＊ 勤務状況により遂行できないことがあります。

人工呼吸器使用中の対応

緊急時の対応

1. 胸郭の上下、左右の呼吸音、気道内圧計の動き、$ETCO_2$、HR、血圧、SpO_2（異常値を示すまでに 30 秒以上かかることがあります）などの生体情報モニターをチェック

↓

2. 以上の項目に一つでも不安があれば、直ちにリザーババッグ付 BVM に酸素を流し用手換気に切り替える。再度“ 1 ”の内容を確認。

↓

3. 迷わず医師、看護師、臨床工学技士に応援を要請する

緊急性の低い場合（緊急時の対応“ 1 ”に問題が見られない場合）

簡易取扱説明書、病棟配布の ME 機器関連マニュアルなどを参考にする。
解決しない場合には、臨床工学技士に連絡する。

使用上、注意を要する事項

ネブライザーを使用中、ならびに使用後は換気状態に注意してください。呼気ユニット（呼気弁、呼気フィルター）に不具合が発生し、換気が出来なくなるおそれがあります。

＊臨床工学部連絡先＊

平日　　ME センター（1284）
夜間、休日　　交換（9）経由で呼び出し

月、水、金曜日は、透析室準夜勤務者がいます。
透析業務に支障をきたしますので、**緊急時のみの連絡に限定**して下さい。

救急カート統一について

安全管理室

目的：『院内で救急カートの薬品・物品を統一することで、

どこでも・誰でも統一した救急処置が可能となる』

＊ **救急カートの管理**

配置場所のリスクマネジャーを中心に管理する

外来の救急カートの管理については、担当部署に委譲できる

＊ **救急カート薬品・物品の統一**

院内統一されている薬品・物品は削減してはけない

但し，追加は可！　　各部署で配置しておきたい薬品は、空欄に記載する

救急カート内の薬品配置も原則統一する

平成 22 年 7 月　救急カートファイル作成　＊ファイルを参照

薬品・物品チェック表もファイルからコピーして使用すること

＊ **救急カートの薬品・物品のチェック**

「救急カート一覧」のチェック表を用いて行なう

病棟は各勤務帯で，外来等は 1 日 1 回チェックする

いつでも使用可能な状況を整えておく

チェック表は、ダウンロード可能

チェック表の網掛け部分は，院内統一の薬品・物品を示す。

＊ **救急カートの設置場所**

設置場所を把握し、緊急時に対応できるようにする

設置場所は別紙参照

＊ **救急カートの使用状況表示（カードを活用する）**

「使用可」・「使用済」のカードを救急カートの上に置き、誰が見ても

使用状況が把握できるようにする

・救急カート内の薬品・物品をチェックした後に「使用可」カードを置く

いつでも使用可能という表示になる

・救急カートが使用された後，「使用済」カードを置く

使用後で物品補充がまだな状況の表示になる

救急カート配置一覧表

平成22年7月現在

部署名	設置場所	台数	備考
南1階			
南2階			
南3階	勤務室	1台	
南4階	勤務室	1台	
中央2階	勤務室	1台	
中央3階	勤務室	1台	
中央4階	勤務室	1台	
	新生児室	1台	
東3階	勤務室	1台	
東4階	A:検査室(鍵のかかる場所)	1台	夜間は勤務室内
	B:勤務室	1台	
東5階	A:物品倉庫(鍵のかかる場所)	1台	夜間は勤務室内
	B:勤務室	1台	
東6階	A:勤務室	1台	
	B:勤務室奥の検査室	1台	
本館A棟	勤務室	1台	
本館B棟	重症室(333号室)	1台	
外来	呼吸器センター	1台	処置室
	外来化学療法センター	1台	センター中央
	内視鏡センター	1台	BF室入り口
	循環器外来	1台	処置室
	救命室	1台	第5診察室
	産婦人科	1台	エコー室
	心臓リハビリ室	1台	
中央手術室	手術室中央廊下	1台	
放射線科」	東地下	1台	南地下(MRI)・CT室にはアンビューバック設置
	南地下(RI・シンチ)	1台	
	第1アンギオ室	1台	
	中央TV室	1台	
人工透析室	1階透析室	1台	
	2階透析室	1台	
中央検査部	トレッドミル室	1台	
医療福祉センター	ほほえみ・訪問看護・ばんび共有	1台	訪問看護ステーション側に配置

酸素療法マニュアル

医療ガス安全管理委員会
安全管理室

指示の確認

① 指示内容を確認する

準備と設置

① 酸素用流量計の接続口に、ピンが 2 本（180°の位置）あること、フローメーター内に異物がないことを確認
② 酸素吸入器用加温加湿水の有効期限、開封日、残量、酸素マスクなどの接続部の開放を確認
③ 指示された方法（酸素マスク、鼻腔カニューレなど）でセットする
④ 酸素用フローメーターに使用するアダプタ・チューブは緑色のものを使用する

＊第 19 号「安全管理室だより」参照

酸素吸入開始

① 供給ルートの外れ、接続のゆるみなどが無いことを確認
② 投与開始後のバイタルサイン（SpO2 など）のチェックをする
③ 火気厳禁カードを表示する
④ 最後に、指示された方法を再度確認し、指示表にサインをする

（留意点）

◊ 機器点検時に、不良破損があれば明記し、速やかに臨床工学部に報告する

◊ ４L/分以上は、酸素吸入器用加温加湿水を使用

◊ 使用時は“ 残圧・時間早見表 ”を下げておく

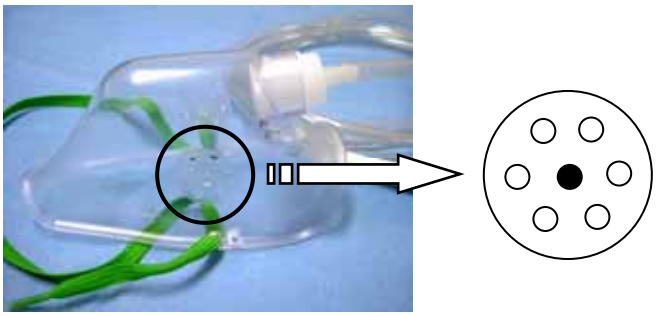
◊ ボンベは必ず所定の場所に保管
充瓶と空瓶の区別を明確にする
決して単独で立てない（ボンベスタンドなどを使用、もしくは寝かせる）
3MPa ほど残圧を残して返却する

◊ ストレッチャー・ベッド移動時、酸素ボンベは足元に設置する

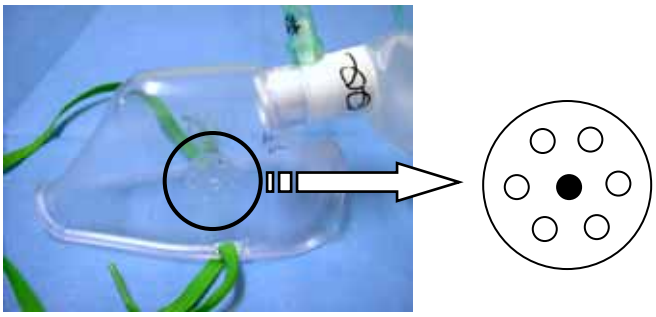
資料

参考写真・表

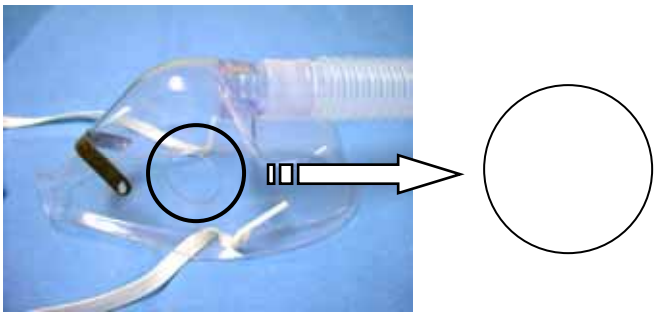
O2 マスク



リザーバーマスク



ベンチュリーマスク



ﾀﾞｲﾘｭｰﾀｰ 色	青	黄	白	緑	桃	赤
流量(LPM)	2	3	4	6	8	12
濃度(%)	24	28	31	35	40	50

抗菌薬投与に関するマニュアル

安全管理室

抗菌薬施行前

1）医師は患者に問診し、説明を行なう

アレルギー歴の確認

抗菌薬実施の必要性及び副作用説明

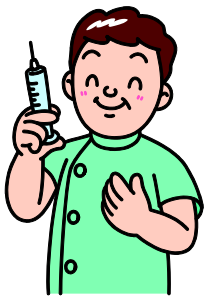
抗菌薬準備

2）・患者氏名　・薬品名　・単位

・指示量　・注射方法　・本数

・日付の確認

＊ダブルチェック



抗菌薬開始

3）施行前に

・患者氏名　・薬品名　・単位

・指示量　・注射方法　・本数

・日付の確認

＊ダブルチェック

抗菌薬投与中

4）投与開始後は注意深く観察する（特に 15 分間は要注意）

5）15 分後の観察結果を記載する

＊アナフィラキシー様症状が発現した場合は、経時的に記録する

抗菌薬実施後

6）症状の確認

7）実施記録

＊2 回目以降にアナフィラキシー反応は生じやすいことを念頭に置く

平成 18 年 6 月 1 日作成

「抗菌薬投与に関するアナフィラキシー対策マニュアル」参照

マーキング実施マニュアル

―病棟で行うことー

(1)「手術を受けられる患者様・ご家族の皆様へ」の説明書を看護師が患者に渡す。
　マーキングの説明が、医師からあることを告げる。

(2)実施の説明
　手術室入室前に目印をつけることを医師から説明する。説明文章にある主旨を説明し理解していただく。

(3)実施直前の確認
　1)マーキングは、主治医の責任で手術室入室前までに行う。
　2)マーキング実施直前に医師は、手術承諾書にてインフォームドコンセントの内容を確認する。
　3)マーキングについて患者・家族に既に説明を受け了解されていることを確認する。その上で、主治医が行う。

(4)マーキングの方法
　①手術部位の確認は、入院カルテを用い手術承諾書と手術申込書（レッド用紙）の 3 点で行う。（手術申込書 1 頁目レッド用紙は、カルテに保存のこと）
　②マーキングは主治医が行い、看護師もその場に立ち会う。
　③印の付け方は、患者の美観を損ねないように極力配慮する。
　④マーキングは、スキンマーカー（皮膚用マジック）を使用する。
　⑤マーキング終了後、周術期指示確認表の　剃毛・マーキング記入欄の「人体図」にその部位をマで記し、マーキング記入欄の、実施日・実施者サイン医師・病棟看護師・責任者の項目にサインをする。
　＊マーキングが消えてしまったら‥
　　再度本項①より手順に従いマーキングを実施する。
　　この場合、「インシデントレポート」を提出する。（原因と思われる検討を目的としている）

―手術当日―

(１)病棟での確認
　１)手術当日、手術室移動前に「マーキングがされているか否か」の確認を、病棟看護師が行い、周術期指示確認表の手術室入退室確認の欄の「手術部位マーキング確認」の有無にチェックする。し確認者サインの病棟看護師の欄には、全て確認した後にサインする。
　２)病棟責任者は、マーキングを確認した後で、周術期指示確認表を確認し「責任者」の欄にサインをする。（不在時は、その代行が行う）
　３)マーキングがされていない場合は、その場に主治医（不在時上級医）を呼び、立会い

のうえでマーキングをする。

4)主治医が来棟できない場合は、患者を手術室まで搬送し、ハッチウェイ前で、必ず主治医（または上級医）が、患者に声を掛け病棟看護師と共に、入院カルテ、手術承諾書、手術申込書で確認後マーキングする。その後手術準備表左下段剃毛部位欄の「人体図」にその位置をマで示し、月日、氏名を記し、手術入退室時確認表にもチェックを行い「責任者」の欄にサインをする。

＊待機的手術で、手術室入室時、看護師申し送りの時点で、マーキングがされていない事例は「インシデントレポート」提出

（2）手術室での確認

前室での確認

1)サインイン時は、必ず手術申込書と周術期指示確認表を使用し、マーキングの有無と部位を確認する。患者の意識が清明の場合には、患者に手術部位を尋ねることを行っても良い。

2)手術室の看護師は、マーキングを確認し、周術期指示確認表の　剃毛・マーキング記入の人体図上のマ印とマーキング記入欄の、実施日・実施者サイン医師・病棟看護師・責任者の項目のサインと、手術室入退室確認の欄の「手術部位マーキング確認」のチェックと病棟看護師のサインを確認する。

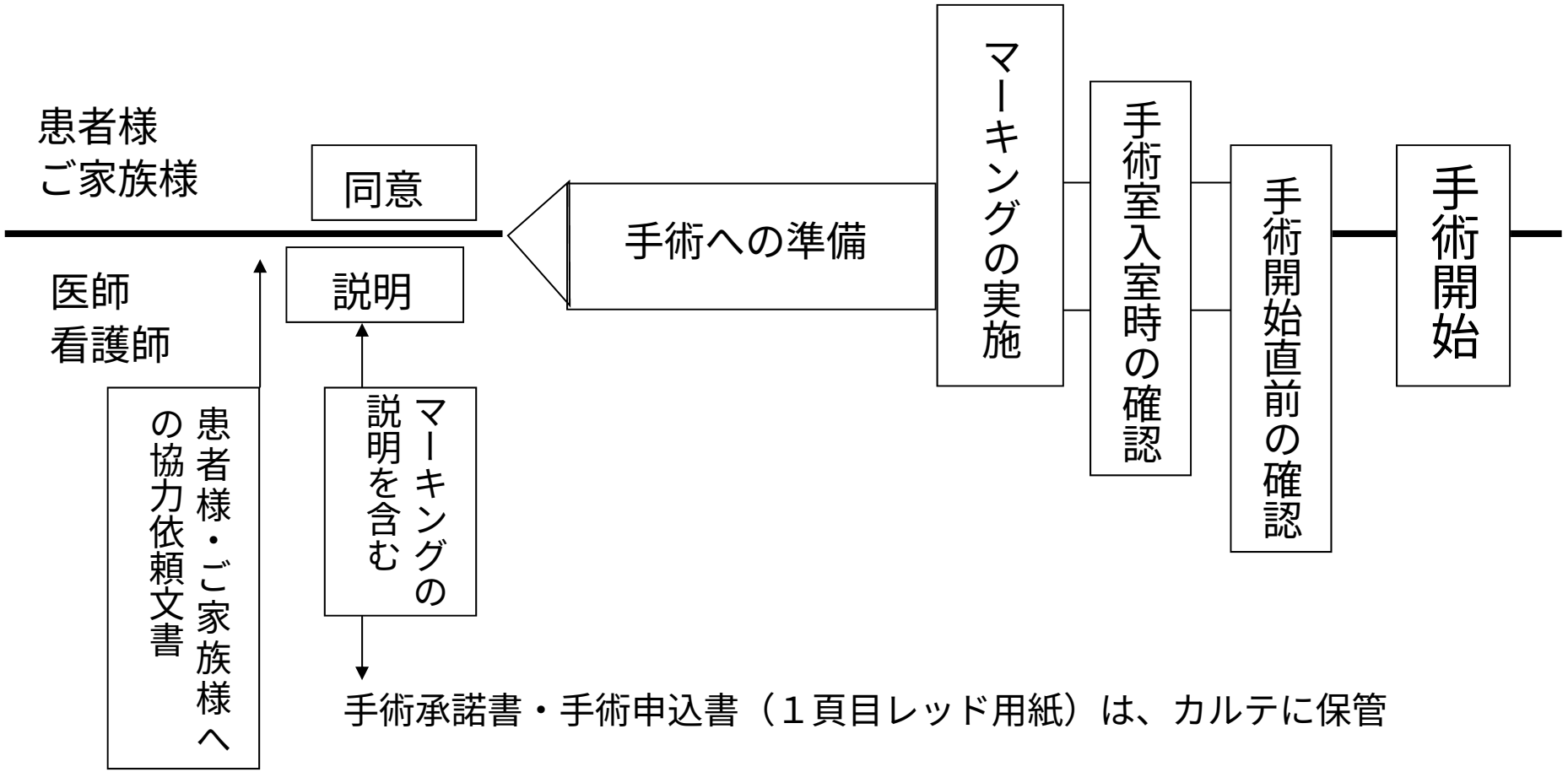
3）確認が終了したら、周術期指示確認表のマーキング記入欄の手術部看護師の欄と、手術室入退室確認の手術部看護師の欄にサインする。

＊マーキングがない場合には、前項の４)に順じて対応する。この場合「インシデントレポート」提出。

手術室内での確認

1)サインイン時及びタイムアウト時、術者は、患者氏名、皮切部位、術式を声に出して述べ、麻酔医および看護師は手術申込書（ホワイト用紙）と、周術期指示確認表で確認し、間違いがないことを再確認し手術を開始する。

マーキングを中心とした手術までの手順
（入院典型例）



手術承諾書・手術申込書（１頁目レッド用紙）は、カルテに保管

血液暴露事故後の行動に関する標準フローチャート

血液暴露事故発生

緊　急　処　置

患者が判明しているか？

判明している

誰かわからない

HIV（を強く疑う）
患者である

HIV は疑わしくない

患者は HBs 抗原
陰　性

患者は HBs 抗原
陽　性

被事故者は
HBs 抗体陽性

披事故者は
HBs 抗体陰性

緊急対応
(２時間以内)

早急の対応必要なし
(翌診療日に感染症科)

４８ 時間以内対応
(休日対応の可能性)

HIV 暴露事故対応
マニュアルへ

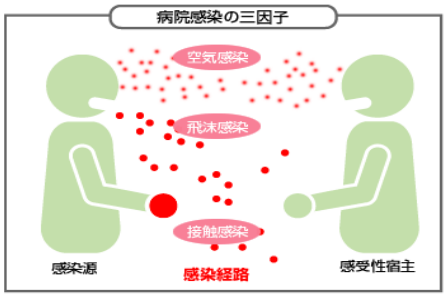
血液暴露対応マニュアル
休日夜間は、夜間休日帯時マニュアル

平成 19 年４月１日改定　第２版
「血液暴露事故対応マニュアル」参照

感染関係（Ⅰ）

感染経路予防対策が必要な

疾患・微生物一覧



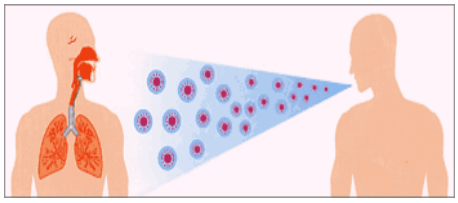
接触感染予防策を必要とする微生物

部位/分類	微生物／状態
皮膚・創傷・熱傷	黄色ブドウ球菌による皮膚,熱傷の感染症で多量の滲出液を認めるもの
	連鎖球菌による皮膚,創傷,熱傷の感染症で多量の滲出液を認めるもの
	多量の滲出液を認める創傷感染
	多量の膿汁などの流出を認める膿瘍
	滲出液の多い蜂窩織炎
	多量の滲出液を認める広範囲な褥瘡感染
	黄色ブドウ球菌によるせつ腫症
	膿痂疹
	皮膚ジフテリア
	しらみ
	疥癬
	水痘（滲出液）
	先天性風疹症候群
	単純ヘルペスによる皮膚の播種性発疹,重症または初感染
	新生児の単純ヘルペス
	免疫抑制患者における限局性の帯状疱疹,または播種性帯状疱疹
消化器（成人・小児）	クロストリジウム・ディフィシル下痢症
	腸管出血性大腸菌群（O157 など）による便失禁・オムツ使用患者
	赤痢,腸チフス,パラチフス,コレラによる便失禁・おむつ使用の患者
	A 型肝炎による便失禁・おむつ使用の患者
	ロタウイルス,ノロウイルス感染症による便失禁・おむつ使用の患者
呼吸器	アデノウイルス肺炎
眼	急性ウイルス性結膜炎・流行性角結膜炎（主にアデノウイルス）
多剤耐性菌	多剤耐性菌感染症：MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）,MDRP（多剤耐性緑膿菌）,PRSP（ペニシリン耐性肺炎球菌）,VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）,ESBLS（拡張型β‐ラクタマーゼ）,BLNAR（β-ラクタマーゼ陰性アンピシリン耐性の *H.influenzae*）など
小児	小児におけるアデノウイルス感染症
	小児におけるエンテロウイルス感染症
	小児におけるパラインフルエンザウイルスによる呼吸器感染症
	小児および免疫抑制状態にある成人の RS ウイルス感染症
	小児・乳幼児におけるその他の急性呼吸器感染症
その他	ウイルス性出血熱：エボラ,ラッサ,マールブルグ,クリミアコンゴ,痘瘡など

→適応期間、対応法は院内感染対策マニュアルIII-1～4 を参照

感染関係（II）

感染経路予防対策が必要な疾患・微生物一覧



飛沫感染予防策を必要とする疾患・微生物

疾患・微生物	
アデノウイルスによる　・小児感染症　・肺炎	
H.influenzae（インフルエンザ菌）による　・咽頭蓋炎・髄膜炎・小児の肺炎	
髄膜炎菌による　・髄膜炎　・肺炎　・敗血症	
A 群溶連菌による　・小児の肺炎・子宮内膜症（産褥熱）・小児の咽頭炎	
マイコプラズマ肺炎	インフルエンザ
風疹	流行性耳下腺炎
百日咳	ﾊﾟﾙﾎﾞｳｲﾙｽ　Ｂ１９（りんご病）
咽頭ジフテリア	肺ペスト

※上記疾患・微生物は可能な限り個室で対応する。

→適応期間、対処法は院内感染対策マニュアルIII-5～7 を参照

空気感染予防策を必要とする疾患・微生物

疾患・微生物
結核菌／肺および肺外結核
麻疹ウイルス／麻疹
水痘・帯状疱疹ウイルス／水痘・帯状疱疹

※上記疾患は必ず個室が必要となる。

⇒陰圧室（東館 6 階病棟）、個室

→適応期間、対処法は院内感染対策マニュアルIII-7～9 を参照

感染関係（III）

院内で感染症発生届出が必要な病原体（感染症）

院内伝播の危険性や予防疫学上必要なものを対象。

病原体（感染症）名		備考	解除判定
感染症法第 1 類～3 類感染症		疑いも含む	*1
レジオネラ			
耐性菌感染	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）		
	バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）		*1
	バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）		*1
	多剤耐性緑膿菌（ＭＤＲＰ）		*1
	多剤耐性アシネトバクター（MDRAB)		*1
	クラス B 型βラクタマーゼ産生菌（MBL）		
	プラスミド伝達性βラクタマーゼ産生菌(ESBL)		
	高度薬剤耐性陰性桿菌（KPC,NDM-1 産生など）		*1
	高度耐性アシネトバクター（hDRAB：　院内基準）		*1
	その他の耐性菌(AmpCβﾗｸﾀﾏｰｾﾞ過剰産生株、BLNAR)		
その他細菌感染	クロストリジウムディフィシル（CD）	トキシン陽性の場合	*1
	髄膜炎菌	髄膜炎（疑い）の場合	
	マイコプラズマ、百日咳	臨床診断も含む	
ウィルス感染	インフルエンザウイルス	臨床診断も含む	
	ノロウイルス	臨床診断も含む	
	流行性角結膜炎（アデノウィルス感染）	臨床診断も含む	*2
	A 型肝炎、E 型肝炎	臨床診断も含む	
	麻しん、風しん、水痘、ムンプス	臨床診断も含む	
その他	疥癬虫		*2
	プリオン		*1

（対策解除判定）
無印　院内感染対策マニュアル　Ⅳ-5 に準じる
*1　対策解除前に感染制御室（感染症医）の判断を要する
*2　対策解除前に専門医の診断と感染制御室の判断を要する

感染関係（Ⅳ）

隔離基準：グレード分類とグレード別対応

グレード分類は患者の病態によって区別し、隔離をするか否かを判断する

※一部の例外（多剤耐性緑膿菌：ＭＤＲＰ、バンコマイシン耐性腸球菌：ＶＲＥＰ、髄膜炎菌性髄膜炎など初期から封じ込めが必要な病原体）を除き病原体による区別はしない

グレード	グレードⅠ	グレードⅡ	グレードⅢ
病態	感染症状が無い（保菌者）	感染症状は認められるが、菌の排出は比較的少ない	菌の排出も多く、感染症状が認められる
隔離対策	不　要	基本的には不要 患部接触時には手袋・ガウン着用	**個室に隔離** 手袋、ガウン、マスクを着用
	スタンダードプリコーションに準ずる		
具体例	・耐性菌の分類が鼻腔・口腔・皮膚・尿・便等に限局している ・前項において保菌状態に該当する場合で、排尿・排便が自立して出来る	褥瘡：皮膚から真皮まで皮下組織には至らない 創傷・火傷：壊死組織などはなく、外科的処置やドレナージが不要の場合 尿路感染：尿路カテーテルを挿入しておらず、自立排尿が可能な場合 胆嚢胆管炎：ドレナージが不要、全身状態は良好で、基本的に食事がとれる	・肺炎、敗血症、腸炎、髄膜炎、広範囲な創傷、火傷、褥瘡などがある ・気管切開をしている ・人工呼吸器、尿路カテーテル、ドレナージを装着しているか、その必要がある場合

≪隔離解除基準≫

発熱などで臨床症状が改善し、抗菌薬投与終了後７２時間以降から連続して３回の培養陰性をもって解除。そのうち１回以上は１週間以降に採取した検体であれば隔離を解除できる。（特殊な病原体は感染制御室確認が必要なものもある）

詳細は院内感染対策マニュアルⅣ-４～５ を参照

感染関係（Ｖ）

感染症法による届出

≪診断したら直ちに届出る疾患≫

１類感染症　２類感染症　３類感染症　４類感染症

⇒ただし、結核・ＳＡＲＳ・Ｈ５Ｎ１高病原性鳥インフルエンザに関しては疑った時点で即座に届け出が必要。

≪診断してから７日以内に届出る疾患≫

５類感染症（全数把握対象疾患のみ）

対象疾患詳細は感染対策マニュアルＶ-1～5及び
院内 ＬＡＮ 感染制御室ホームページ⇒感染症法分類届出関連アイコンをクリック⇒届出疾患一覧を参照

届出方法

1. 院内ＬＡＮ感染症ホームページより感染症法分類届出関連アイコンをクリック
2. 対象疾患別届出用紙をダウンロードし必要事項を記入
3. １類・２類・３類・４類感染症については、
「医療事故・合併症・感染症報告書（速報）」を記入
4. 「感染症届出用紙」と
「医療事故・合併症・感染症報告書（速報）」を安全管理室へ提出する

※感染症届出用紙は独自で保健所へ提出せず、安全管理室を通すこと。

抗がん剤投与について

抗がん剤投与時の留意点

1. IC の徹底

◇患者及び家族へ説明し『化学療法に関する説明書』に必要事項を記載し『同意書(1)』に患者の同意を得て、治療開始となる。説明書は 3 枚複写のため入院･外来診療録，患者控えとし、同意書は 2 枚複写のため入院または外来診療録（入院で同意書をとり外来へ移行する場合はコピーにて外来診療録へ貼付する)，患者控えとする。

2. 化学療法実施について（指示に関すること・確認の徹底など詳細については化学療法マニュアル参照）

◇ 外来化学療法は、登録されているレジメンにてコンピューター入力とし、レジメン発行・ベッド予約・指示医に関して制約あり。

◇ 入院化学療法の指示に関しては､オーダリングの注射箋と化学療法剤混合指示書の 2 枚をそろえて薬剤部へ提出となる。

◇ 指示だし指示受けに関しては安全管理関連ファイル参照。

◇ 投与前の患者状態確認：全身状態・血液データの確認。

◇ 投与中の ＶＳ・副作用の有無確認。特に血管外漏出と過敏症に関しては速やかな対応が必要であるため、滴加速度・刺入部の状態・過敏症状の有無について観察。

◇ 抗がん剤投与後の観察：副作用の有無・ＶＳ の確認を行い、易常時速やかに対応できるよう、医師・看護師から患者指導を十分に行う（外来においては帰宅後の連絡方法なども説明・指導実施）

3. 抗がん剤曝露防止対策と対処方法

◇ ミキシングは基本的に薬剤部へ依頼する。

◇ 抗がん剤曝露防止に留意する。

- 輸液セットへのプライミングや穿刺時は抗がん剤ボトルで実施しない。
- ボトル更新時はニトリル製ゴム手袋を 2 重に着用し、目線より下で更新すること。

・ マスクを着用して抗がん剤の取り扱いを行うこと。
・ 抜針前に必ず生理食塩水 50ml 程度でフラッシュして抜針すること。
・ 抗がん剤ボトルを廃棄する場合は、ビニール袋に密封してバイオハザード付のゴミ箱に廃棄する。

◇ 抗がん剤曝露時の対応
・皮膚の場合は直ちに洗い流す→必要に応じて皮膚科受診
・針刺しをしたら、傷口を絞り出しながら洗い流す→必要時皮膚科受診
・眼に入ったら、すぐに流水で１５分以上洗う→必要時眼科受診
・衣類・寝具への付着は、ゴム手袋・エプロン・マスクを着用し付着部位を流水で洗い、更に洗剤で洗う。（次亜塩素酸ナトリウム：アロマ使用）
・床や作業台に付着したら、ゴム手袋・エプロン・マスクを着用しペーパーで吸収させた後、周囲から中心に向かって拭く。次亜塩素酸ナトリウム→1％チオ硫酸ナトリウムの二段階不活化で清掃し、その後カラ拭きをする。

4. 副作用対策

◆血管外漏出予防対策

1）投与前に患者へ十分説明を行い、抗がん剤点滴中の刺入部位の安静の保持と刺入部位の疼痛・腫脹・発赤といった症状を認めた際に速やかに報告するよう理解と協力を得る。
2）刺入部の選択について（事前に温め、血管を拡張させる）
・手背,肘間接はできるだけ使用しない
・失敗したら、他の静脈を選択する
・採血後３０分以内は、同一血管から下の穿刺は避ける
・繰り返し抗癌剤を投与する場合は、左右交互に穿刺することが望ましい
・末梢が困難な場合は、ＣＶポートも考慮する
3）抗癌剤投与前には、必ず血液の逆流を確認する。
4）医療者・患者共に観察を行う。（刺入部の疼痛・発赤・腫脹・滴下速度）
◇ 血管外漏出時の対策
1) 点滴中に漏出した場合は、直ちに抗がん剤投与を中止し血液（約 5ml）を抜き取り組織に浸潤している薬剤をできるだけ回収する。主にライン内の回収をする。（医師に報告の際は抜針の可否を確認する）
2) 起壊死性・炎症性の抗がん剤の場合は、漏出量にかかわらず炎症予防のために発症直後にステロイドの局注が有効とされまたステロイド軟膏の塗布を行う。

3) 漏出部位は圧迫せず、一般的には消炎と抗がん剤拡散防止のために冷罨法を実施する。但し、エグザールを除くビンカアルカロイド系抗がん剤の場合は、冷罨法にて組織障害が増すこともあるので温罨法とする。
4) 遅発性の組織障害を呈する場合もあり、最低 1 週間は漏出部位を観察する。
5) 早期に皮膚科へ対診依頼を行う。

◇ 血管外漏出時の処置例

例 1)リンデロン 4～8mg またはデカドロン 4～8mg または水溶性プレドニン 50～100mg 生食または 1%キシロカインで総量 4～8mL に調整

例 2)ソル･コーテフ 100～200mg またはリンデロン 4～8mg 生食(適当量)＋1～2%塩酸プロカインまたは塩酸リドカインで総量 5～10mL に調整

図1　局所皮下注射と局所外用処置

◇ 患部にステロイド軟膏を塗布し冷罨法（1%アクリノール液での湿布は必ずしも推奨されない。生理食塩水での湿布や保冷材での冷罨法で対応可能）

◇ 血管外漏出の組織侵襲に基づく抗がん剤の分類

起壊死性抗癌剤		炎症性抗癌剤		起炎症性抗癌剤	
一般名	商品名	一般名	商品名	一般名	商品名
ﾄﾞｷｿﾙﾋﾞｼﾝ	ｱﾄﾞﾘｱｼﾝ	ｼｽﾌﾟﾗﾁﾝ	ﾗﾝﾀﾞ・ﾌﾞﾘﾌﾟﾗﾁﾝ	L－ｱｽﾊﾟﾗｷﾅｰｾﾞ	ﾛｲﾅｰｾﾞ
ﾀﾞｳﾉﾙﾋﾞｼﾝ	ﾀﾞｳﾉﾏｲｼﾝ	ｼｸﾛﾎｽﾌｧﾐﾄﾞ	ｴﾝﾄﾞｷｻﾝ	ﾌﾞﾚｵﾏｲｼﾝ	ﾌﾞﾚｵ
ｲﾀﾞﾙﾋﾞｼﾝ	ｲﾀﾞﾏｲｼﾝ	ﾀﾞｶﾙﾊﾞｼﾞﾝ	ﾀﾞｶﾙﾊﾞｼﾞﾝ	ｼﾀﾗﾋﾞﾝ	ｷﾛｻｲﾄﾞ
ｴﾋﾟﾙﾋﾞｼﾝ	ﾌｧﾙﾓﾙﾋﾞｼﾝ	ｴﾄﾎﾟｼﾄﾞ	ﾍﾟﾌﾟｼﾄﾞ・ﾗｽﾃｯﾄ	ﾒﾄﾄﾚｷｻｰﾄ	ﾒｿﾄﾚｷｾｰﾄ
ｱﾑﾙﾋﾞｼﾝ	ｶﾙｾﾄﾞ	ﾌﾙｵﾛｳﾗｼﾙ	5-FU	ﾍﾟﾌﾟﾛﾏｲｼﾝ	ﾍﾟﾌﾟﾚｵ
ﾏｲﾄﾏｲｼﾝ C	ﾏｲﾄﾏｲｼﾝ	ｹﾞﾑｼﾀﾋﾞﾝ	ｼﾞｪﾑｻﾞｰﾙ	ｴﾉｼﾀﾋﾞﾝ	ｻﾝﾗﾋﾞﾝ
ﾐﾄｷｻﾝﾄﾛﾝ	ﾉﾊﾞﾄﾛﾝ	ﾁｵﾃﾊﾞ	ﾃｽﾊﾟﾐﾝ		
ﾋﾞﾝﾌﾞﾗｽﾁﾝ	ｴｸﾞｻﾞｰﾙ	ｲﾎｽﾌｧﾐﾄﾞ	ｲﾎﾏｲﾄﾞ		
ﾋﾞﾝｸﾘｽﾁﾝ	ｵﾝｺﾋﾞﾝ	ｱｸﾗﾙﾋﾞｼﾝ	ｱｸﾗｼﾉﾝ		
ﾋﾞﾝﾃﾞｼﾝ	ﾌｨﾙﾃﾞｼﾝ	ｶﾙﾎﾞﾌﾟﾗﾁﾝ	ﾊﾟﾗﾌﾟﾗﾁﾝ		
ﾋﾞﾉﾚﾙﾋﾞﾝ	ﾅﾍﾞﾙﾋﾞﾝ	ﾈﾀﾞﾌﾟﾗﾁﾝ	ｱｸﾌﾟﾗ		
ﾊﾟｸﾘﾀｷｾﾙ	ﾀｷｿｰﾙ	ｲﾘﾉﾃｶﾝ	ﾄﾎﾟﾃｼﾝ・ｶﾝﾌﾟﾄ		
ﾄﾞｾﾀｷｾﾙ	ﾀｷｿﾃｰﾙ	ﾗﾆﾑｽﾁﾝ	ｻｲﾒﾘﾝ		
		ﾆﾑｽﾁﾝ	ﾆﾄﾞﾗﾝ		

◆過敏反応時の対応(前投薬や VS 測定時間に関しては化学療法マニュアル参照)
化学療法薬の中では、過敏症のリスクが高い薬剤もあるため、必須の前投薬が投与されているかを医師・看護師・薬剤師で確認しなければならない。また、過敏症発症時は速やかな対応がとれるように患者指導の必要と救急医薬品の準備が必

要となる。

◇ 過敏症のリスクが高い薬剤

・ タキサン系薬剤：初回の 5～10 分以内のリスクが高い
パクリタキセル，ドセタキセル

・ プラチナ系薬剤：投与 6～8 回目のリスクが高い
シスプラチン（ランダ,プラトシン,ブリプラチン），カルボプラチン（パラプラチン），オキサリプラチン（エルプラット）

・ 分子標的治療薬：投与開始後 24 時間以内が起こりやすく、多くの薬剤は投与後 1 時間～2 時間のリスクが高い
セツキシマブ（アービタックス），パニツムマブ（ベクティビックス），インフリキシマブ（レミケード），トラスツズマブ（ハーセプチン），ベバシズマブ（アバスチン），リツキシマブ（リツキサン）

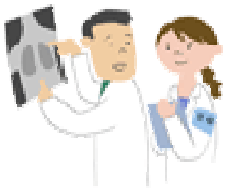
5. その他

◇ 輸液セットの選択

＊以下の薬剤はフィルター付の輸液セットを使用すること。
パクリタキセル，ベクティビックス，レミケード，アクテムラ

＊以下の薬剤は PVC フリーの輸液セットを使用すること
パクリタキセル，ラステッド（エトポシド）

※当院は基本的に閉鎖式の輸液セットとしてテルモ製 PVC フリーの輸セットを採用しているため、特に問題はない。



放射線関係（１）

ポータブル撮影時の被曝　　２ｍルールを理解しよう

ＭＲＩ検査の金属等チェック分類

１、　ＭＲＩ室に入室できないもの
- ペースメーカー
- 人工内耳
- 眼窩内の金属異物
- スワンガンツカテーテル
- ハローベスト等の外付け固定具
- 妊娠中の人

２、　確認を要するもの
- 脳動脈瘤クリップ
- 脳動脈コイル
- シャントバルブ
- インプラント
- 心臓の人口弁
- 骨固定ワイヤー、縫合材料、スクリュー
- 子宮内避妊具
- 動注用ポート

３、　検査前に外す必要があるもの
- 義歯、義眼、ヘアピン等の金属
- 人工肛門パウチの磁性体クリップ
- 湿布やカイロなどの貼り薬
- カラーコンタクト
- 輸液ポンプ、加圧バック、モニターなど

４、　患者さんの同意が必要なもの
- 刺青、アートメイク
- 歯科矯正装置
- 磁石式の義眼、義歯

放射線関係（２）

核医学検査（RI 検査）での前処置について

前処置が必要な検査

Ⅰ）禁食が必要（水のみ摂取可）
- ・負荷脳血流シンチ
- ・脳槽シンチ
- ・唾液腺シンチ（機能）
- ・心筋シンチ
- ・負荷心筋シンチ
- ・アシアロシンチ
- ・メッケル憩室シンチ
- ・ガリウムシンチ（全身及び腹部）
- ・タリウムシンチ（全身及び腹部）

Ⅱ）投薬中止が必要
- ・心筋シンチ　・負荷心筋シンチ

Ⅲ）下剤投与が必要
- ・ガリウムシンチ

Ⅳ）甲状腺ブロック･･･２日前より検査終了日までルゴール等の前処置が必要
- ・副腎シンチ（皮質・髄質）

Ⅴ）ヨード制限が必要
- ・甲状腺ヨード摂取率

Ⅵ）排尿と飲水･･･検査室から連絡があってから排尿をし飲水が必要となる
- ・レノグラム

Ⅶ）排尿させる
- ・骨シンチ

Ⅷ）光刺激の遮断（検査室でのアイマスク着用）
- ・脳血流シンチ　・負荷脳血流シンチ

前処置をしなかったら

検査中止 ⟶ 心筋シンチ（BMIPP、MIBG）　負荷心筋シンチ（TL）
甲状腺ヨード摂取率シンチ

検査時間を変更 ⟶ 心筋シンチ（TL）　負荷心筋シンチ　アシアロシンチ
唾液腺シンチ　メッケル憩室シンチ

前処置追加 ⟶ ガリウムシンチ（浣腸を行うことがある）

＊上記は原則的に必要となるものです。状況に応じては臨機応変に対応する場合も有りますので、勝手な判断をせずにわからないことは確認してください！

連絡先：シンチ室（内線：1263）

東京医科大学茨城医療センター安全管理委員会
東京医科大学茨城医療センター卒後臨床研修運営部会

東京医科大学茨城医療センターにおける基準
―研修医が単独で行なってよい処置・処方の基準―

東京医科大学茨城医療センターにおける診療行為のうち、研修医が、指導医の同席なしに単独で行なってよい処置と処方内容の基準を示す。実際の運用に当たっては、個々の研修医の技量はもとより、各診療科・診療部門における実状を踏まえて検討する必要がある。

各々の手技については､例え研修医が単独で行ってよいと一般的に考えられるものであっても､施行が困難な場合は無理をせずに上級医・指導医に任せる必要がある。また、２年次研修医（研修医１年目の年末年始以降の者）に関しては、単独で行ってよい処置・処方の基準を、各科の判断により適宜変更することができることとする。

なお、ここに示す基準は通常の診療における基準であって、緊急時はこの限りではない。

Ⅰ．診　察

研修医が単独で行なってよいこと

A. 全身の視診、打診、触診
B. 簡単な器具（聴診器、打鍵器、血圧計など）を用いる全身の診察
C. 直腸診
D. 耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による診察
　診察に際しては、組織を損傷しないように十分に注意する必要がある

研修医が単独で行なってはいけないこと

A. 内診

Ⅱ．オーダー

研修医が単独で行なってよいこと

処方（内服薬・注射薬・輸血）以外のオーダー入力

ただし、１年次研修医（研修医１年目の年末年始以前）　は、オーダー前に、オーダー入力内容を指導医と協議すること

この場合、上級医による確認のサインは必要ない

Ⅲ. 検　査

１．生理学的検査

研修医が単独で行なってよいこと

A．心電図

B．聴力、平衡、味覚、嗅覚、知覚

C．視野、視力

D．眼球に直接触れる検査

眼球を損傷しないように注意する必要がある

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．脳波

B．呼吸機能（肺活量など）

C．筋電図、神経伝導速度

２．内視鏡検査など

研修医が単独で行なってよいこと

A．喉頭鏡

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．直腸鏡

B．肛門鏡

C．食道鏡

D．胃内視鏡

E．大腸内視鏡

F．気管支鏡

G．膀胱鏡

３．画像検査

研修医が単独で行なってよいこと

A．超音波

内容によっては誤診に繋がる恐れがあるため、検査結果の解釈・判断は指導医と協議する必要がある

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．単純 X 線撮影

B．CT 撮影

C．MRI 撮影
D．血液造影
E．核医学検査
F．消化管造影
G．気管支造影
H．脊髄造影

４．血管穿刺と採血

研修医が単独で行なってよいこと

A．末梢静脈穿刺と静脈ライン留置
血管穿刺の際に神経を損傷した事例もあるので、確実に血管を穿刺する必要がある
困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

B．動脈穿刺
肘窩部では上腕動脈は正中神経に伴走しており、神経損傷には十分に注意する
動脈ラインの留置は、研修医単独で行なってはならない
困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

研修医単独で行なってはいけないこと

A．中心静脈穿刺（鎖骨下、内頚、大腿）
B．動脈ライン留置
C．小児の採血
とくに指導医の許可を得た場合はこの限りではない
年長の小児はこの限りではない
D．小児の動脈穿刺
年長の小児はこの限りではない

５．穿刺

研修医が単独で行なってよいこと

A．皮下の嚢胞
B．皮下の膿瘍
C．関節

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．深部の嚢胞
B．深部の膿瘍
C．胸腔
D．腹腔
E．膀胱

F．腰部硬膜外穿刺
G．腰部くも膜下穿刺
H．針生検

6．産婦人科

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．膣内容採取
B．コルポスコピー
C．子宮内操作

7．その他

研修医が単独で行なってよいこと

A．アレルギー検査（貼付）
B．長谷川式痴呆テスト
C．MMSE

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．発達テストの解釈
B．知能テストの解釈
C．心理テストの解釈

Ⅳ．治　療

1．処置

研修医が単独で行なってよいこと

A．皮膚消毒、包帯交換
B．創傷処置
C．外用薬貼付・塗布
D．気道内吸引、ネブライザー
E．導尿
前立腺肥大などのためにカテーテルの挿入が困難なときは無理をせずに指導医に任せる
新生児や未熟児では、研修医が単独で行なってはならない
F．浣腸
新生児や未熟児では研修医が単独で行なってはならない
潰瘍性大腸炎や老人、その他、困難な場合は無理をせずに指導医に任せる
G．胃管挿入（経管栄養目的以外のもの）
反射が低下している患者や意識のない患者では、胃管の位置を X 線などで確認する

新生児や未熟児では、研修医が単独で行なってはならない

困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

H．気管カニューレ交換

研修医が単独で行なってよいのはとくに習熟している場合である

技量にわずかでも不安がある場合は、上級医師の同席が必要である

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．ギプス巻き

B．ギプスカット

C．胃管挿入（経管栄養目的のもの）

反射が低下している患者や意識のない患者では、胃管の位置を X 線などで確認する

２．注射

研修医が単独で行なってよいこと

A．皮内

B．皮下

C．筋肉

D．末梢静脈

E．関節内

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．中心静脈（穿刺を伴う場合）

B．動脈（穿刺を伴う場合）

目的が採血ではなく、薬剤注入の場合は、研修医が単独で動脈穿刺をしてはならない

３．麻酔

研修医が単独で行なってよいこと

A．局所浸潤麻酔

局所麻酔薬のアレルギーの既往を問診し、説明・同意書を作成する

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．脊髄麻酔

B．硬膜外麻酔（穿刺を伴う場合）

４．外科的処置

研修医が単独で行なってよいこと

A．抜糸

B．ドレーン技法

時期、方法については指導医と協議する

C. 皮下の止血

D. 皮下の膿瘍切開・排膿

E. 皮膚の縫合

研修医が単独で行なってはいけないこと

A. 深部の止血

応急処置を行なうのは差し支えない

B. 深部の膿瘍切開・排膿

C. 深部の縫合

５．処方

研修医が単独で行なってよいこと

内服、注射処方に対する実施確認

研修医が単独で行なってはいけないこと

A. すべての内服薬処方（麻薬含む）

１年次研修医は、処方箋作成の前に、処方内容を指導医と協議すること

１年次研修医は、処方後、投与前に上級医に処方箋を見せ、確認のサインをもらうこと

２年次研修医に関しては、上級医による確認のサインの必要性は各科の判断に委ねる

B. すべての注射処方（麻薬含む）

１年次研修医は、注射処方箋作成の前に、処方内容を指導医と協議すること

１年次研修医は、処方後、投与前に上級医に処方箋を見せ、確認のサインをもらうこと

２年次研修医に関しては、上級医による確認のサインの必要性は各科の判断に委ねる

C. 理学療法

研修医は、処方箋の作成の前に、処方内容を指導医と協議すること

注）法律により、麻薬施用者免許を受けている医師以外は麻薬を処方してはいけない

６．輸血

研修医が単独で行なってよいこと

A. 輸血の確認と実施

研修医は、指導医のサインがある輸血指示書に従い、研修医と看護師との確認作業を行った上で輸血することができる

研修医が単独で行ってはいけないこと

A. 輸血指示書の作成

研修医は、輸血指示書作成の前に、指示内容を指導医と協議すること

研修医は、輸血指示後、投与前に指導医に指示書を見せ、確認のサインをもらうこと

Ⅴ．その他

研修医が単独で行なってよいこと

A．インスリン自己注射指導

インスリンの種類、投与量、投与時刻はあらかじめ指導医のチェックを受ける。

B．血糖値自己測定指導

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．病状説明

正式な場での病状説明は研修医単独で行なってはならないが、ベッドサイドでの病状に対する簡単な質問に答えるのは研修医が単独で行なって差し支えない

B．各種同意書をとるための説明

1 年次研修医、2 年次研修医が単独で行ってよいものといけないものを下記のとおり示す

	1 年次研修医	2 年次研修医
大学病院としての特性に関する説明書	○	○
手術説明書	×	×
静脈血栓塞栓症の予防に関する説明書	×	○
輸血療法に関する説明書	×	×
特定生物由来製品に関する説明書	×	×
身体拘束の必要性に関する説明書	×	○
経管栄養法に関する説明書	×	○
自己血輸血療法に関する説明書	×	×
麻酔に関する説明書	○	○
化学療法に関する説明書	×	×
中心静脈確保に関する説明書	×	○
同意書＜特定室料＞	×	×
心臓ｶﾃｰﾃﾙ検査・経皮的冠動脈形成術　説明書	×	×
人工妊娠中絶同意書	×	×
MRI 用肝特異性造影検査（Gb-EOB）に関する説明書/同意書	×	×
MRI 用肝特異性造影検査（SPIO）に関する説明書/同意書	×	×
MRI 造影検査（ｶﾄﾞﾘﾆｳﾑ製剤）に関する説明書/同意書	×	×
ﾖｰﾄﾞ造影検査に関する説明書/同意書	×	×
ｿﾅｲﾄﾞ造影超音波検査に関する説明書/同意書	×	×
出生証明書	×	×

C. 病理解剖

D. 病理診断報告

E. 診断書作成

死亡診断書は指導医の責任のもとに作成することができる

研修医が単独で行ってはいけないこと

死体検案書、各種証明書の作成

注）文章中の『１年次研修医』『２年次研修医』『上級医』とは次のとおり定義する。

・１年次研修医：研修医１年目の１１月末日まで

・２年次研修医：研修医１年目の１２月１日以降

・上級医：後期臨床研修医以上の医師

東京医科大学茨城医療センター卒後臨床研修運営部会

注射と処方箋のダブルチェックに関して

初期臨床研修医における注射と処方箋の指示出しについては、安全管理上、１年次研修医単独での注射、内服の指示が成立しないよう、下記のとおり規程を設けて行うことといたします。

＜定時注射、定時・臨時処方について＞

オーダリング画面上、１年次研修医が入力した場合、画面上では判断できるが、画面上でダブルチェック機能を作り出すことは不可能なため、次のような運用方法とする。

①１年次研修医がオーダリングシステムにてオーダーをする。
②オーダーをしたものをプリントアウトする。
※帳票上で、１年次研修医がオーダー入力したことが分かるように「(研１）マーク」をつける。別の医師サイン欄を設ける。
③別の医師（上級医）が帳票の医師サイン欄にサインをする。

⇒１年次研修医および別の医師（上級医）の両方のサインがないと看護師が受け取らないこととする。

＜臨時注射について＞

指示伝票上、１年次研修医と後期臨床研修医以上の医師、二つのサインがあって初めて指示書として成立することとする。

＜抗がん剤投与・麻薬投与について＞

定時注射と同様の運用とする。

＜実施確認サインについて＞

１年次研修医においても単独にて実施確認のサインをすることが可能である。

＜オーダリングシステムにおける、処方箋・注射箋の表記について＞

１）１年次研修医がオーダーした場合

入院処方箋（控）と注射箋（病棟用）で医師名欄の近くに

『　（研１）　』　と印字します。

２）２年次研修医がオーダーした場合

入院処方箋（控）と注射箋（病棟用）で医師名欄の近くに

『　（研２）　』　と印字します。

３）オーダー内容に抗がん剤がある場合

入院処方箋（控）と注射箋（病棟用）で抗がん剤名の左横に

『　腫　』　と印字します。

４）オーダー内容に麻薬がある場合

入院・外来処方箋の処方箋名の前に「麻薬」と記載され、それぞれ

『　麻薬（入院）処方箋　』

『　麻薬（外来）処方箋　』　と印字します。

実施確認表の処方箋名の前に「麻薬」と記載され、

『　麻薬処方箋（実施確認表）　』　と印字します。

注射箋（病棟確認用）の麻薬名の左横に

『　麻　』　と印字します。

※院外処方箋には、麻薬である旨は印字されません。

注）文章中の『１年次研修医』『２年次研修医』『上級医』とは次のとおり定義する。

・１年次研修医：研修医１年目の１１月末日まで
・２年次研修医：研修医１年目の１２月１日以降
・上級医：後期臨床研修医以上の医師

※出力イメージは添付資料を参照ください。

効果的なチーム作りに取り組もう

コミニュケーションがポイント！

＊確認会話を取り入れよう

＊医師への報告は、SBAR で！

S：Situation	患者の状態
B：Background	入院の理由・臨床経過
A：Assessment	状況評価の結論
R：Request	提言または愚弟的な要請・要望

コミニュケーションは『安全への主張』

「安全管理マニュアル」ポケット版

監修：安全管理室長　柳田国夫

作成：安全管理室　　統括安全管理者　日高晴美

作成協力：感染制御部、化学療法委員会、放射線部
卒後研修センター　その他

作成日：平成 23 年 10 月 1 日